

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA**



**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO  
AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO CUIDADO A IDOSOS NOS SERVIÇOS DA  
REDE PÚBLICA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA DE PORTO ALEGRE**

Aluna: Elise Botteselle de Oliveira  
Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Mary Clarisse Bozzetti  
Coorientador: Prof. Dr. Erno Harzheim

Porto Alegre, agosto de 2012.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**  
**FACULDADE DE MEDICINA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA**



**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**  
**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO CUIDADO A IDOSOS NOS SERVIÇOS DA**  
**REDE PÚBLICA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA DE PORTO ALEGRE**

Elise Botteselle de Oliveira

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Mary Clarisse Bozzetti

Coorientador: Prof. Dr. Erno Harzheim

A apresentação desta dissertação é exigência do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção do título de Mestre.

Porto Alegre, Brasil.

2012

## **BANCA EXAMINADORA**

1. Prof. Dr. Álvaro Vigo	UFRGS
2. Prof. Dr. Airton Stein	UFRGS
3. Prof. Dr. Luiz Roberto Ramos	UNIFESP
Suplente: Prof. Dr. Sotero Serrate Mengue	UFRGS
Coorientador: Prof. Dr. Erno Harzheim	UFRGS
Orientadora: Prof <sup>a</sup> . Dr <sup>a</sup> . Mary Clarisse Bozzetti	UFRGS

Para todos vocês que valem a pena,  
e àqueles que me fazem muito falta.

“Knowing is not enough; we must apply.  
Willing is not enough; we must do.” Goethe

## AGRADECIMENTOS

Muitas foram as pessoas que participaram desses intermináveis anos de mestrado, sou muito grata a todos vocês;

Ao professor Airton Stein que me possibilitou, ainda na graduação, conhecer uma APS *de verdade* e, ao final da faculdade, sugeriu fortemente que eu precisava de um pouco mais de maturidade e experiência clínica, e recomendava uma residência médica, para que o mestrado, *no futuro*, fizesse sentido. Mesmo a contragosto, segui suas orientações. *Acho* que ele tinha razão!

Aos preceptores da residência médica e aos colegas do R1 em MFC, pelas experiências compartilhadas no castelinho do saber.

À memorável equipe do PSF Beco dos Coqueiros 2009 que, com sua maravilhosa *receptividade*, me proporcionou a experiência de participar pela primeira vez de uma verdadeira equipe de saúde.

Ao Alexandre Alemão, que, com sua dedicação e responsabilidade com seus pacientes, me ensinou o papel transformador de um bom médico de família.

Ao Marcelo Gonçalves, que, de perto, compartilhou inquietudes e, mesmo de longe, me desafia diariamente na prática clínica do PSF Esperança Cordeiro, a quem muitas vezes parece impossível substituir.

Às gurias do PSF Esperança Cordeiro, em especial à Verinha, à Bebê e à Andréia, que, apesar do eterno luto, me acolhem e me surpreendem diariamente, aceitam minhas falhas e minhas faltas, e ainda não me mandaram para o grupo de faltosos.

Aos colegas do GPAPS, especialmente aos amigos Eno, Mônica e Thiago, pelos bons momentos e pelos ensinamentos despretensiosos, e à Lisiane Hauser, pela imensa ajuda com a análise estatística e por sempre nos presentear com conhecimento, entusiasmo e doçura.

A Milena, Priscila, Débora, Karina, Luciele e Marcelo Nogueira, pela ajuda com os bancos de dados e de referências e com as revisões de última hora.

Ao Paulo Cavinato, pela gentileza de me ajudar com os *Abstracts*.

À Cláudia *Bocão*, pelo apoio e entusiasmo com esse trabalho, pela parceria diária e pela leitura crítica das diversas últimas versões.

À Luciane Nojinho, minha irmã gêmea, à Roberta e à tia Silvana, pessoas que eu queria sempre por perto. À Daniela, companhia nas madrugadas do Jardim Botânico, pelo incentivo e pela torcida. A Isadora, Laura e Liara, por terem trazido o estímulo que faltava, já nos acréscimos.

Aos torcedores de final de campeonato: Álvaro, que entendeu meus desenhos, Tati, por sua procura detalhista e Sofia, com seu olhar virginiano final.

À família Nascimento pelo apoio, incentivo e patrocínio nos primeiros passos.

À família Dizzo, à Miriam e a *los amigos del rincón*, pelo cuidado e por tornarem a vida mais leve e divertida. Foi na rua Dona Eugênia que essa dissertação tomou forma. À Cláudia, que eu perdi pelo caminho.

Às minhas primas lindas e aos primos que a vida me trouxe, às tias, ao tio Renato e aos meus avós, por torcerem sempre por mim.

À tia *Nora Walker*, retaguarda indispensável nos períodos mais turbulentos.

À Kriss, que ainda não desistiu de ter uma prima médica de novela.

Ao Carlos, por ter trazido alegria, *valiosas horas de sono* e quilos a mais a essa família e por sempre me lembrar o valor da modéstia.

Ao Mano, que sempre incentivou e curtiu as pequenas vitórias, por sempre me mostrar o que não se pode desperdiçar, por mais esta revisão ortográfica, e por todo o resto.

Ao professor Sotero, pela valiosa contribuição na construção do escore de práticas preventivas.

À orientadora Mary Bozzetti, pela oportunidade de cursar o mestrado e pelo exemplo de luta e superação.

Ao preceptor e orientador Erno Harzheim, que, apesar de ser colorado, é um exemplo de competência e dedicação, que ultrapassa o dever de ensinar e orientar. Obrigada por ter-me dado a oportunidade de conviver com pessoas especiais, por acreditar sempre em mim e por transformar cada tropeço em um novo desafio.

“Essa atenção básica que é centro de nossas atenções, conheço-a há longos anos e sob os mais diferentes disfarces. De início, aceitava-as todas, pois os objetivos me pareciam idênticos, só com o tempo as diferenças se revelavam.” Kurt Kloetzel

## SUMÁRIO

ABREVIATURAS E SIGLAS .....	10
RESUMO .....	11
ABSTRACT .....	13
APRESENTAÇÃO.....	15
INTRODUÇÃO.....	16
REVISÃO DE LITERATURA .....	18
1. ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E LONGEVIDADE .....	18
1.1. ENVELHECIMENTO NO BRASIL .....	19
1.2. IDOSOS E AS MULTIMORBIDADES .....	20
1.3. PRÁTICAS PREVENTIVAS EM IDOSOS .....	24
1.4. ENVELHECIMENTO E OS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	26
1.5. POLÍTICAS PÚBLICAS PARA IDOSOS NO BRASIL .....	27
2. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS).....	31
2.1. ATRIBUTOS DA APS.....	33
2.2. APS E AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	34
2.3. ATENÇÃO BÁSICA: A APS NO BRASIL.....	35
2.3.1. OUTRAS EXPERIÊNCIAS DE APS NO BRASIL.....	37
3. AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE .....	39
3.1. AVALIAÇÃO DA APS.....	40
3.1.1. INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA APS .....	45
3.2. AVALIAÇÃO DA APS NO BRASIL.....	46
3.2.1. USO E AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE APS POR IDOSOS NO BRASIL .....	47
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	50
OBJETIVOS.....	58
ARTIGO .....	59
ANEXOS DO ARTIGO .....	76
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	80
ANEXOS .....	81
ANEXO 1. PROJETO DE PESQUISA .....	81



ANEXO 2. TERMOS DE APROVAÇÃO DOS COMITÊS DE ÉTICA.....	92
ANEXO 3. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	97
ANEXO 4. INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO.....	98

## ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CSEM	Centro de Saúde Escola Murialdo
DM	<i>Diabetes mellitus</i>
ESF	Estratégia Saúde da Família
FAPERGS	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul
HAS	Hipertensão arterial sistêmica
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCAtool	<i>Primary Care Assessment Tool</i>
PCAtool-Brasil	<i>Primary Care Assessment Tool-Brasil</i>
PCMH	<i>Primary Care Medical Home</i>
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PNSPI	Política Nacional da Saúde da Pessoa Idosa
PSF	Programa Saúde da Família
SSC/GHC	Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UPA	Unidade de pronto-atendimento
USPSTF	<i>U. S. Preventive Services Task Forc</i>

## RESUMO

### **Introdução**

O envelhecimento populacional causado pelo aumento da longevidade e pela redução da fecundidade gera um aumento do peso relativo da população idosa e conseqüentemente leva a um aumento da demanda pelos serviços de saúde. A Atenção Primária à Saúde (APS) absorve grande número desses pacientes e é corresponsável pela promoção do envelhecimento saudável e, principalmente, pelo diagnóstico e manejo das doenças crônicas, que tendem a ser múltiplas nessa faixa etária. Este estudo tem por objetivo avaliar a qualidade do cuidado prestado a idosos na rede pública de APS de Porto Alegre.

### **Métodos**

Estudo transversal de base populacional em adultos com mais de 60 anos, residentes nas áreas atendidas pela rede pública de APS de Porto Alegre, que abrange quatro tipos de serviços: as Unidades Básicas de Saúde (UBS), as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), as unidades do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (SSC/GHC) e do Centro de Saúde Escola Murialdo (CSEM). Foi utilizado o instrumento validado *PCATool-Brasil* para avaliar o grau de orientação dos serviços à APS, medindo a presença e a extensão de seus atributos, assim como foi mensurada a prevalência de práticas preventivas rotineiras como medida do processo de atenção na população idosa.

### **Resultados**

Foram identificados 212 idosos (62 em UBS, 75 em ESF, 32 no CSEM e 43 no SSC/GHC) na população estudada. Comparando-se o grau de orientação à APS entre os idosos dos diferentes serviços de saúde, houve diferença significativa para os atributos acesso-utilização, longitudinalidade, coordenação do cuidado e dos sistemas de informações, orientação familiar e comunitária. Quanto à atenção e à qualidade do cuidado aos idosos, houve diferença significativa entre os serviços com alta e baixa orientação à APS em relação à prática de orientações preventivas à população em geral, aos portadores de hipertensão e de diabetes e aos portadores de mais de uma doença crônica. Também houve diferença significativa entre os serviços de saúde quando se construiu um escore para sintetizar todas as intervenções estudadas. O escore de práticas preventivas foi maior nos serviços que também apresentaram alto escore de APS no *PCATool-Brasil*.

## **Discussão**

Os resultados mostraram que os serviços de APS de Porto Alegre possuem escores baixos, principalmente para os atributos coordenação do cuidado e integralidade, além da baixa orientação comunitária. Em resumo, os escores de APS que determinam o grau de orientação à APS alcançado pelos serviços são maiores no SSC/GHC em relação à UBS e aos demais, porém extremamente baixos em todos os serviços. Somente o SSC/GHC atinge alto escore essencial e geral de APS. As práticas preventivas apresentaram prevalências significativamente maiores nos usuários dos serviços de alto escore de APS. Os escores da APS, apesar de baixos, são maiores para idosos dos que os alcançados quando se estudaram os adultos maiores de 18 anos de Porto Alegre. O serviço de saúde com pior grau de orientação à APS é o que atende mais da metade da população. Serviços provedores de APS que não atingem escores adequados para proporcionar à população serviços de qualidade, também não conseguem prestar adequadamente as intervenções preventivas destinadas a essa população. O desenho de natureza transversal e a amostra pequena são limitações do estudo.

## **Conclusão**

É preciso valorizar a promoção e a prevenção em saúde para enfrentar as condições crônicas e o processo de envelhecimento. Nesse contexto, a APS desenvolve um papel primordial ao coordenar o cuidado dos idosos nas redes de atenção. No entanto, é preciso transformar a atenção fragmentada e centrada nas condições agudas em um sistema que atenda adequadamente às demandas da população idosa. Este estudo sugere que os serviços de saúde são mais efetivos para o cuidado dos idosos quando adquirem os atributos necessários para prover uma APS de qualidade.

## **ABSTRACT**

### **Introduction**

Population aging caused by increasing longevity and decreasing fecundity leads to an increased proportion of elderly people in the population, which leads to an increased demand for health services. The Primary Health Care (PHC) absorbs large number of these patients and is responsible for promoting healthy aging and mainly the diagnosis and handling of chronic diseases, which tend to be multiple in this age group. This study aims to assess the impact of PHC on the health of older people by measuring the quality of the care provided to them in Porto Alegre's public PHC.

### **Methods**

Population-based cross-sectional study in adults over 60 years living in areas served by Porto Alegre's public PHC covering four types of services: the Basic Health Units (BHU), the Family Health Strategy (FHS) teams, the Conceição Hospital Group Service of Community Health (CHG/SCH) and the Murialdo Health Center School (MHCS). PCAtool was used to assess the orientation degree of PHC services, measuring the presence of its attributes, as well as the prevalence of routine preventive practices used as a measure of the care process in the elderly.

### **Results**

212 elderly were identified (62 in BHU, 75 in FHS, 32 in MHCS and 43 in CHG/SCH). Comparing the PHC degree of orientation among the elderly from different services, significant differences to the access-use attributes, longitudinality, care coordination and information systems, family and community orientations were observed. Regarding care and quality of care for the elderly, significant differences were observed between the services with high and low PHC orientation when compared to preventive practice guidelines for the general public, to patients with hypertension and diabetes and to the ones with more than one chronic disease. There were also significant differences between the services when a score was built to synthesize all the interventions studied. The score of preventive services is also higher in PHC high score.

### **Discussion**

The results showed that primary care services in Porto Alegre have low scores for attributes care coordination and integrality, besides low community orientation. In summary, the PHC

scores which determine the degree of orientation reached by the PHC services are higher in CHG/SCH compared to BHU and the others, but extremely low in all services. Only the CHG/SCH reached essential and general PHC high score. Preventive practices had significant higher prevalence of high scores in the PHC services. PHC scores, eventhough low, are higher for the elderly than the scores reached by the population of Porto Alegre with at least 18 years adults. The worst service level with PHC orientation is the one serving more than half of the population. PHC service providers which do not reach adequate scores to provide quality service to the people also fail to provide adequate preventive interventions for this population. The cross-sectional design nature and the small sample size are limitations of the present study.

### **Conclusion**

It is needed to enhance the health promotion and prevention to address chronic conditions and the aging process. In this context, PHC develops a primary role to coordinate care for the elderly through care networks. However, we must transform fragmented care and focused on acute conditions into a system which adequately meets the demands of the elderly population. This study suggests that health services are more effective for the elderly care when they acquire the necessary attributes to provide a quality PHC.

## APRESENTAÇÃO

Este trabalho consiste na dissertação de mestrado intitulada “**Avaliação da qualidade do cuidado a idosos nos serviços da rede pública de Atenção Primária à Saúde de Porto Alegre**”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em 19 de abril de 2012.

O trabalho é apresentado na ordem que segue:

1. Introdução, Revisão da Literatura e Objetivos
2. Artigo
3. Considerações finais
4. Documentos de apoio.

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional, definido como a mudança na estrutura etária da população, produz um aumento do peso relativo das pessoas acima de determinada idade, considerada como definidora do início da velhice. É um fenômeno natural, irreversível e mundial. Políticas públicas que contribuem para que as pessoas alcancem a velhice com o melhor estado de saúde possível são de fundamental importância para promover o envelhecimento ativo e saudável (1).

O aumento da expectativa de vida, consequência dos ganhos sobre a mortalidade, associa-se, entre outras coisas, à melhoria no acesso e na qualidade dos serviços de saúde. No entanto, o perfil envelhecido da população brasileira implica crescentes demandas pelos serviços de saúde, que precisam se adaptar e se qualificar para atender a essa parcela da população. A projeção de aumento da população idosa e de suas necessidades em saúde desafia a capacidade dos serviços de saúde em responder a esse desafio sem comprometer a equidade.

O crescimento progressivo da população idosa com maior prevalência de múltiplas doenças crônicas, juntamente com a tendência à medicalização dos problemas de saúde, entre outras causas, tem sobrecarregado as consultas em APS. A rotina do médico de família tem sido absorvida pelo manejo das condições crônicas e pelas ações de prevenção quaternária (2). Na medida em que a APS é abrangente, centrada no paciente e na família, torna-se o lugar ideal para os pacientes receberem serviços preventivos oportunos e adequados, tanto para situações agudas, quanto para condições crônicas, assim como para minimizar o cuidado potencialmente danoso (2;3).

Apesar do reconhecimento de que práticas preventivas e mudanças no estilo de vida saudável possam reduzir a carga das condições crônicas e comprimir a morbidade, o potencial dessas intervenções ainda é pouco explorado, mesmo em serviços de APS (4;5). Do ponto de vista econômico, também é preciso demonstrar e garantir que os recursos estejam sendo utilizados de forma apropriada. Tanto a iniquidade no acesso aos serviços como o uso excessivo de serviços ineficientes demonstram que, particularmente na população idosa, melhores recursos e elevação dos custos em saúde não se traduzem em melhor cuidado e melhores desfechos.



A OMS concluiu, em seu relatório de 2008, que a APS representa a melhor forma de prover um sistema de saúde de forma equitativa e sustentada (6). Países que têm sistemas de saúde baseados em uma APS forte colhem os benefícios de melhores desfechos em saúde (7). Evidências sobre a eficácia e efetividade da APS são baseadas na sua capacidade de prevenir doenças e morte. Recente estudo que avaliou atributos considerados indicadores fundamentais da APS demonstrou associação positiva com menores taxas de mortalidade. Esse potencial também pode ser considerado para reduzir mortes evitáveis (8). No entanto, nos poucos estudos que avaliam os serviços prestados pela APS e o seu impacto na morbimortalidade, ainda não se mediu especificamente se os serviços provedores de APS são mais efetivos no cuidado aos idosos.

Segundo Santos e Victora, a qualidade da atenção à saúde oferecida às populações é uma questão de natureza ética. Esses autores consideram que não é ético oferecer cuidados cujo impacto não tenha sido cientificamente comprovado ou cuja qualidade seja inferior aos padrões recomendados (9). A avaliação de uma estratégia da magnitude da ESF é uma tarefa que exige esforço coletivo contínuo e perseverante. Devido à amplitude própria da APS, uma proposta específica de avaliação costuma restringir-se a uma de suas tantas perspectivas. Assim, identificar, dentro do cenário de heterogeneidade que caracteriza a APS no Brasil, o grau de orientação à APS de cada serviço de saúde, permite a produção rigorosa de conhecimento sobre sua efetividade.

Mesmo tendo sido a ESF considerada o modelo apropriado para reorientar o sistema de saúde no Brasil e fortalecer a APS como porta de entrada do sistema, seu caráter substitutivo em relação à atenção básica tradicional não se confirmou. Em Porto Alegre coexistem 4 tipos de serviços de APS, com diferenças na prestação da atenção, na formação e contratação dos profissionais, na constituição da equipe, no financiamento, nas áreas de abrangência e na coordenação da rede. Em vista dessa situação peculiar, surge a necessidade de avaliar a efetividade de cada modelo de atenção. Neste sentido, o *PCATool* pode identificar e comparar o grau de orientação à APS dos outros modelos de atenção básica que ainda coexistem junto à ESF, favorecendo o esforço científico na busca de evidências sobre a real efetividade da APS, com consequências importantes sobre a definição das políticas públicas.

## REVISÃO DE LITERATURA

### 1. Envelhecimento Populacional e Longevidade

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a população idosa como aquela a partir dos 60 anos de idade. Esse limite varia entre as sociedades e depende de fatores biológicos, mas, também, econômicos, ambientais, científicos e culturais. A OMS faz uma distinção quanto ao local de residência dos idosos e sobe para 65 anos de idade quando se tratam de países desenvolvidos (10;11).

Ao contrário da longevidade, que se refere ao número de anos vividos por um indivíduo ou ao número de anos que uma mesma geração ou coorte viverá, o envelhecimento populacional se refere-se à mudança na estrutura etária da população, o que produz um aumento do peso relativo das pessoas acima de determinada idade, considerada como definidora de velhice (11). O aumento da longevidade, resultado do desenvolvimento social e econômico, é não só um triunfo para a sociedade, mas também um enorme desafio para os sistemas de saúde, que precisam estar preparados para atender as necessidades das pessoas idosas. Em 1950, eram cerca de 204 milhões de idosos no mundo, sendo que esse número dobrou cinco décadas depois. Hoje, existem cerca de 600 milhões de pessoas acima de 60 anos em todo o mundo, porém esse total vai dobrar até 2025 e atingirá praticamente dois trilhões em 2050 (6;12).

Cerca de 70% dos idosos vivem em países de baixa e média renda. No entanto esses países em desenvolvimento não são preparados para enfrentar os desafios do rápido envelhecimento das sociedades. O envelhecimento da população também está ocorrendo muito mais rápido nesses países, do que ocorreu nos países desenvolvidos no passado. Isso significa que esses países se tornaram mais velhos antes de se tornarem mais ricos (6;12;13).

A população idosa é provavelmente o grupo mais heterogêneo de todos os grupos populacionais, quer pelo amplo leque de idade das pessoas que dele fazem parte, quer pela diversidade de situações de saúde e doença, que podem variar desde o idoso sem doença aparente e com autonomia completa até o portador de uma ou mais doenças crônicas e avançadas, com dependência parcial a total, além de diversas situações intermediárias e de combinações de multimorbidades (14).

### **1.1. Envelhecimento no Brasil**

Entre os anos 40 e 60, o Brasil experimentou um declínio significativo da mortalidade, mantendo-se a fecundidade em níveis bastante altos, produzindo, assim, uma população quase estável e extremamente jovem – menos de 3% acima dos 65 anos – e com rápido crescimento (11;15).

A partir do final da década de 60, a redução da fecundidade generalizou-se rapidamente e desencadeou o processo de transição da estrutura etária (15). Em pouco mais de 40 anos, a taxa de fecundidade brasileira passou de 6,2 para 1,9 em 2006. Como provavelmente a fecundidade continuará a cair, pode-se deduzir que a estrutura estável de 2000 define o grau de envelhecimento mínimo a ser atingido nas próximas décadas, supondo que a população brasileira permaneça fechada, ou seja, livre de movimentos migratórios (11;12).

Essa transformação causa uma diminuição em termos relativos da população jovem, anunciando um rápido processo de envelhecimento, que formará uma nova população quase estável, porém com perfil envelhecido e ritmo de crescimento baixíssimo e aumento gradual da esperança média de vida (11;15;16). Devido a baixa capacidade de renovação, a pirâmide populacional brasileira se inverterá, com uma tendência de redução da razão de dependência total até 2020. Essa carga econômica, porém, tenderá a aumentar a partir de então, principalmente em função do aumento do contingente de idosos, tanto em termos absolutos quanto relativos, chegando, em 2050, a uma relação de 75 pessoas inativas para cada 100 em idade ativa (17).

Na população idosa, o segmento que, no período intercensitário, mais cresceu relativamente foi aquele das pessoas de 75 anos ou mais, alterando a composição interna do próprio grupo e revelando uma heterogeneidade de características desse segmento populacional: a população idosa também está envelhecendo. O número absoluto de idosos com mais de 100 anos já chegou a cerca de 24,5 mil. O Brasil será um país velho em 2050, quando a população idosa será de 63 milhões (12;18).

O contexto de desigualdade e a velocidade com que ocorrem as transformações no Brasil apontam para a complexidade crescente nas alternativas de atenção às necessidades desta nova estrutura etária emergente. Outros aspectos dessa transformação são a superposição entre as etapas da transição, a ocorrência ainda alta de doenças transmissíveis e o crescimento de morbidade e mortalidade por doenças crônicas (11;15;16). Em 2008, 75,5% dos idosos reportaram apresentar pelo menos uma doença crônica, sendo que 64,4% tinham mais de uma patologia e que a hipertensão arterial era a doença mais prevalente, 50% (12).

Os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) demonstraram associações independentes entre menor renda per capita entre o grupo de idosos e pior percepção de saúde, pior função física, maior prejuízo de suas atividades diárias devido a problemas de saúde e menor uso de serviços de saúde. De acordo com dados de 2009 do IBGE, 45,5% dos idosos avaliaram seu estado de saúde como bom ou muito bom e 12,6% avaliaram que a sua saúde está ruim ou muito ruim, sendo que a maioria destes é formada por pretos e pardos com mais de 75 anos e renda de meio salário mínimo (12;19).

Entre 1998 e 2003, houve uma melhora das condições de saúde das pessoas com mais de 60 anos. Ocorreu um aumento do número de consultas médicas e odontológicas no mesmo período; porém, observaram-se maiores barreiras de acesso para os mais idosos (20). Na pesquisa de 2008, 82,3% dos idosos relataram ter consultado pelo menos uma vez no período de 1 ano, sendo 50% desses atendimentos por motivo de doença. Entre idosos, a prevalência de hospitalização no ano anterior a pesquisa foi de 13,5%. A causa de internação hospitalar mais frequente entre os idosos brasileiros é a insuficiência cardíaca: 12,1‰ para mulheres e 14,7‰ para os homens. Além disso, pneumonia, bronquite e acidente vascular cerebral estão entre as seis causas de internação mais importantes, tanto para homens quanto para mulheres (10).

## **1.2. Idosos e as multimorbidades**

Historicamente, os problemas agudos, como certas doenças infecciosas e os traumas, constituíram a principal preocupação dos sistemas de saúde; porém, os desafios da saúde estão mudando. Como condições de saúde e seus fatores de risco estão sendo diagnosticados cada vez mais precocemente, em conjunto com o envelhecimento das populações, a prevalência de várias doenças tem aumentado e os pacientes com múltiplas morbidades tornaram-se comuns (3;21).

Em 1998, pela primeira vez, as doenças crônicas contribuíram mais para a carga global de doenças que as doenças infecciosas, indicando o surgimento de uma convergência entre as principais doenças dos países em desenvolvimento e dos países desenvolvidos. Em vez de doenças agudas graves, hoje enfrentamos combinações complexas de fatores físicos e comportamentais, além de interações entre ambiente, condições crônicas e incapacidades (16;21;22).

Os sistemas de serviços de saúde foram desenhados para dar atenção às condições agudas e permanecem como tais até hoje, mesmo nos países desenvolvidos. As transições epidemiológica e demográfica, as mudanças nos padrões de consumo e nos estilos de vida, a

urbanização acelerada e as estratégias mercadológicas mudaram o objeto dos sistemas de serviços de saúde, que passaram a ter que dar conta também das condições crônicas (16;21;22).

Do ponto de vista epidemiológico, as condições crônicas estão aumentando em ritmo alarmante. As doenças crônicas e os distúrbios mentais representam 59% do total de óbitos no mundo. Até 2020, as condições crônicas, especialmente doenças cardíacas, acidente vascular cerebral e cânceres, mas também lesões causadas por acidentes de trânsito que resultam em invalidez e os distúrbios mentais, serão responsáveis por 78% da carga global de doenças nos países em desenvolvimento (21;23;24).

Essa complexa situação tem sido definida como tripla carga de doenças, porque envolve, ao mesmo tempo, uma agenda não concluída de infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva. A escalada rápida das doenças crônicas e de seus fatores de risco, como tabagismo, sobrepeso, inatividade física, uso excessivo de álcool e de outras drogas, alimentação inadequada, práticas sexuais de alto risco e estresse social descontrolado, juntamente com o forte crescimento da violência e das causas externas têm contribuído para essa situação (21;24).

A crença generalizada de que as doenças crônicas são apenas "doenças da abundância", além de incorreta, é uma das razões de as doenças crônicas não terem sido incluídas nas metas do desenvolvimento do milênio. Contrariamente à percepção comum, 80% das mortes por doenças crônicas ocorrem em países de renda baixa e média (6;21;25).

As doenças crônicas e a pobreza estão interligadas em um ciclo vicioso. As pessoas mais pobres estão em maior risco de desenvolver doenças crônicas, são as mais vulneráveis por diversas razões, incluindo maior exposição a riscos e menor acesso aos serviços de saúde. Essas condições estão associadas ao declínio de vários desfechos em saúde, incluindo qualidade de vida, mobilidade, funcionalidade e mortalidade. Geram grandes efeitos econômicos negativos para as famílias, as comunidades e os países, devido aos custos indiretos relacionados à diminuição da qualidade de vida, ao absenteísmo, à perda de produtividade, a aposentadorias precoces e a mortes prematuras (6;16;21;26;27).

Nos idosos, ao contrário do que acontece em adultos jovens, o avanço da idade é um forte preditor do estado de saúde, sendo um fator de risco maior que a renda. Uma das explicações propostas por *Raina et al*, que estudaram idosos canadenses, diz que o processo biológico do envelhecimento ultrapassa os efeitos da privação econômica sobre a saúde. Sabe-se também que as diferenças de renda diminuem após a aposentadoria, e isso pode estar associado a diferenças nos indicadores de saúde (28).

Parte da carga das condições crônicas pode ser avaliada pelas doenças cardiovasculares, responsáveis por 14% dos anos de vida perdidos ajustados por incapacidade e por 31% do total de óbitos por causas conhecidas no Brasil. Em 2005, houve 17,5 milhões de mortes por doenças cardiovasculares, 7,5 milhões de mortes por câncer, 4 milhões de mortes por doenças respiratórias crônicas e 1,1 milhão de mortes por diabetes (21;29). Em 2007, cerca de 72% das mortes no Brasil foram causadas por doenças crônicas não transmissíveis (25).

A OMS estima que 80% das doenças cardiovasculares, 90% do diabetes tipo 2 e 30% de todos os cânceres poderiam ser prevenidos se a população seguisse uma dieta saudável, realizasse atividade física adequada e cessasse o tabagismo. Estudos recentes atribuem a mudança do estilo de vida saudável a um potencial de reduzir a mortalidade em aproximadamente 60% e de aumentar em 14 anos a expectativa de vida (30).

A meta para alcançar uma velhice saudável e comprimir a morbidade é promover a saúde e o bem-estar durante toda a vida do indivíduo. Com a eliminação das mortes prematuras, os idosos passaram a viver mais anos de suas vidas com doenças crônicas, mantendo autonomia, interação social e satisfação (4;31).

Como resultado do aumento da proporção de idosos na população, além do número de condições crônicas aumentar, também está se tornando comum um paciente ter duas ou mais condições crônicas ao mesmo tempo (32). Estudos de prevalência de múltiplas condições crônicas relatam que 60% dos idosos apresentam múltiplas doenças crônicas (33).

Segundo *Feinstein*, a comorbidade, um conjunto de doenças coexistentes e relacionadas a uma doença índice, apresenta efeitos diretos sobre o curso clínico de um paciente, que podem ser causa ou consequência, podem dividir a mesma etiologia ou o mesmo fator de risco e, muitas vezes, a mesma solução (34-37). As comorbidades podem afetar o tempo de detecção, o prognóstico, a escolha do tratamento e os desfechos após o tratamento de uma doença índice (34;38).

Apesar de haver evidências de que a comorbidade pode ser um fator independente de vários desfechos, relativamente pouco se sabe sobre os efeitos de doenças associadas, que podem ser aditivas, mas muitas vezes se tornam sinérgicas com maiores prejuízos e incapacidades (37).

Ao contrário da atenção especializada, em que há orientação para uma única doença, na atenção primária a determinação de uma doença índice não é óbvia, muito menos útil. Na prática clínica, os pacientes geralmente apresentam uma multiplicidade de doenças que podem ou não possuir a mesma etiologia, mas requerem manejos diferentes (35;38). Assim,

tem-se utilizado o termo multimorbidade, conceituado por *van der Akker et al*, para se referir à coexistência de duas ou mais doenças crônicas em um mesmo indivíduo, sem qualquer referência a uma doença índice (35;38).

Como demonstrado por Fortin e colaboradores, a presença simultânea de várias condições de saúde é a norma em algumas populações, como nos idosos. Sendo assim, a definição de multimorbidade - como múltiplas doenças crônicas - pode parecer muito simplista e inadequada quando se pretende medir o impacto da interação de morbididades, pois se perde o peso que o efeito que os múltiplos desfechos podem gerar em um indivíduo (39;40). Esses autores criaram um índice que aborda a carga das múltiplas doenças para pacientes e serviços, relacionada a qualidade de vida, que está sendo validado e deve ser publicado em 2012.

O contato de um indivíduo que apresenta uma doença crônica com um serviço de saúde aumenta a chance de ter uma segunda doença identificada. Ter uma ou mais doenças pode tornar os idosos geralmente mais vulneráveis para adquirir outras doenças (41).

O aumento do número de morbididades está associado com mais mortes prematuras, uso de múltiplos medicamentos, maiores efeitos adversos de múltiplas drogas, polifarmácia, dificuldades de adesão ao tratamento, além do aumento do risco de depressão (33). Com o aumento da morbididade, também ocorrem maiores taxas de hospitalizações por condições sensíveis à APS e de eventos adversos durante a hospitalização, sugerindo que indivíduos com multimorbidades estão menos sujeitos a receber cuidado em APS que evite hospitalizações desnecessárias, particularmente em idosos, em que uma hospitalização pode resultar em declínio funcional e diminuição da qualidade de vida. Esses aumentos não são lineares, eles crescem exponencialmente (42).

Pacientes com multimorbidades recebem menos cuidados preventivos e tratamento inadequado de condições associadas e de doenças psiquiátricas associadas (42;43). Surgem competições por demandas e problemas na coordenação do cuidado, como duplicidade de exames, falta de comunicação entre os profissionais envolvidos no cuidado e informações conflituosas dadas aos pacientes sobre sua morbididade (43). O cuidado com foco da doença deve ser alterado para uma visão mais ampla de vários aspectos de saúde por meio de um cuidado continuado e coordenado que considere as preferências dos pacientes e a severidade de suas doenças (44).

Os idosos são hoje uma proporção importante dos pacientes atendidos na APS. À medida que a população envelhece e as doenças crônicas se tornam mais frequentes, essa proporção aumenta ainda mais. A OMS tem reconhecido o papel da APS no cuidado dos

idosos em todo o mundo e a importância de que esses serviços sejam acessíveis e se adaptem às necessidades desse grupo populacional (13).

Assim como acontece entre pacientes mais jovens, a maior carga de morbidades em idosos está associada com mais visitas a médicos de família e especialistas focais. Mas, em contraste com os achados na população com idade inferior a 65 anos, o número de consultas com especialistas focais, tanto para um diagnóstico específico como para múltiplas morbidades, é maior do que o número de consultas com o médico de família (42). Estudo recente demonstrou que 64% dos idosos americanos visitam um médico generalista em um ano, enquanto 95% visitam um especialista no mesmo período. A maioria das condições crônicas tratadas por especialistas são extremamente comuns e é questionável a necessidade desse atendimento. O uso inapropriado desses especialistas pode contribuir para explicar os altos custos em áreas com grande proporção de especialistas: que não se refletem, porém, em melhorias nos desfechos de saúde entre idosos dessas áreas (44-46).

A multimorbidade é de extrema relevância em APS: enquanto muitas especialidades focais lidam com doenças específicas, o médico de APS trabalha com um amplo espectro de condições médicas, muitas vezes ocorrendo ao mesmo tempo. Devido ao trabalho de coordenação do cuidado entre os demais níveis do sistema de saúde, a APS possui papel fundamental no conhecimento dos pacientes e no seu cuidado integral. Como resultado, a APS apresenta uma configuração apropriada para estudar a multimorbidade (32).

Por serem doenças em geral de longa duração, as doenças crônicas são as que mais demandam ações, procedimentos e serviços de saúde. Existe um crescente interesse mundial no potencial que a APS de alta qualidade tem para ajudar no desafio de lidar com as doenças crônicas. Alguns países estão redesenhando o sistema de APS com o claro propósito de melhorar o manejo dessas doenças (23). Coordenação do cuidado, especialmente para indivíduos com múltiplas condições crônicas, requer tempo, conhecimento e habilidades dos profissionais, além de envolvimento com o autocuidado. Os pacientes e suas famílias necessitam de apoio em suas comunidades e de políticas abrangentes de promoção da saúde e de prevenção e manejo eficaz das condições crônicas (21;33).

### **1.3. Práticas preventivas em idosos**

Nos últimos anos, com a rápida expansão do conhecimento e o aumento exponencial da literatura médica, estima-se que para se manterem atualizados, os médicos necessitariam de 17 anos para integrar apenas 30% das recomendações clínicas. Segundo *Kimberly*, em 2003, seriam necessárias 7 horas diárias para oferecer todas as práticas preventivas baseadas



em evidências recomendadas pelo *U. S. Preventive Services Task Force* (USPSTF) a uma população de 2500 pessoas no período de 1 ano (47).

Adotar medidas que não têm base científica para a sua realização pode causar danos, assim como não realizar medidas comprovadamente eficazes também pode causá-los. Mas não basta uma condição ter alta incidência ou prevalência para se justificarem intervenções preventivas. No caso das doenças crônicas, as intervenções preventivas contribuem para reduzir mortalidade ou comprimir a morbidade, e não para eliminação da doença. Indivíduos que consultam mais têm maiores chances de receber intervenções preventivas. No entanto, aqueles com uma doença específica crônica e sintomática, especialmente aqueles que relatam más condições de saúde, têm menos probabilidade de receber uma ampla variedade de procedimentos preventivos que se justificariam (3;48).

Existem pressupostos que necessitam estar presentes para uma prática preventiva ser instituída. Para rastrear uma condição, ela deve ser um importante problema de saúde, ter estágio inicial assintomático e ter sua história natural adequadamente compreendida. O teste de rastreamento deve ser simples, seguro, preciso, validado e aceitável à população alvo. Sua distribuição deve ser conhecida e ter um ponto de corte adequado e definido. O tratamento da condição deve ser um tratamento efetivo para os pacientes identificados e com evidências de que o tratamento precoce da condição traga benefícios e melhores desfechos. O custo do rastreamento e do diagnóstico deve ser baixo e economicamente viável. É preciso também haver evidência de que o desfecho estudado aumente a mortalidade, a morbidade ou qualidade de vida, de que o resultado do rastreamento altere esses desfechos e de que esses benefícios superem os seus danos (49;50).

O rastreamento eficaz requer a consideração de subgrupos populacionais com maior prevalência de uma doença ou de um fator de risco ou com dificuldade em acessar os serviços de saúde. Apesar da evidência forte da efetividade das práticas preventivas, pouco se sabe sobre a magnitude do seu uso. A baixa prevalência do uso das práticas preventivas pode ser explicada pela pouca orientação dada aos pacientes sobre os benefícios de realizá-las. Os pacientes necessitam ser informados sobre as evidências disponíveis para poder realizar uma escolha informada (51).

Diversos estudos apontam para a possibilidade de as práticas preventivas baseadas em evidências realizadas na APS contribuírem para a diminuição da mortalidade entre os idosos e para o aumento da possibilidade destes continuarem ativos, melhorar a qualidade de vida, diminuir sequelas e incapacidades, promovendo a autonomia e contribuindo para um adequado grau de conforto físico e emocional do idoso nos anos ganhos de vida (52).

As recomendações sobre a prestação de cuidados aos idosos, em geral são baseadas em estudos realizados em populações adultas, porém com indicação de ser continuados após os 60 anos (52). Quanto maior for a esperança média de vida, maior será o benefício obtido por meio das práticas preventivas, como rastreamento, vacinação, quimioprevenção e aconselhamento. Porém nem todas as intervenções preventivas beneficiam da mesma forma todos os idosos e muitas delas podem contribuir para a diminuição da sua qualidade de vida, seja pela ansiedade que acarretam ou pela morbidade que comportam. Além disso, é preciso estar ciente dos potenciais impactos dos cuidados preventivos, como por exemplo, o diagnóstico a ser feito após o rastreamento e a necessidade de adequado aconselhamento após o diagnóstico (52).

Considerando o envelhecimento da população previsto para as próximas décadas, o médico de família deverá estar atento às recomendações e aproveitar todas as oportunidades para intervir preventivamente neste grupo populacional. As intervenções deverão ser consensualizadas com o doente e a família ou o cuidador e realizadas com a periodicidade adequada, sendo adaptadas caso a caso, em função do estado de saúde, do grau de autonomia e da esperança média de vida de cada um dos pacientes. A prevenção oportuna e adequada pode contribuir para melhorar a saúde do idoso e para promover a sua qualidade de vida (14).

#### **1.4. Envelhecimento e os serviços de saúde**

O envelhecimento da população é o fator único mais importante de aumento da demanda por serviços de saúde (53). Homens com idade avançada tiveram maior probabilidade de utilizar os serviços médicos no sistema público de Pelotas (54). As atitudes em relação ao atendimento podem mudar à medida que as pessoas envelhecem e passam a ter diferentes necessidades. Ao contrário das pessoas jovens e saudáveis, que têm preferência pela escolha do atendimento a cada consulta, entre idosos e pessoas com doenças graves existe a preferência pela continuidade do atendimento por um único médico (22). Em recente estudo realizado em Porto Alegre, os fatores associados a maior utilização de serviços de saúde foram o aumento da idade, a autopercepção de saúde ruim ou muito ruim, a existência de morbidades crônicas, bem como hospitalização recente e ter um médico de referência (55).

Existem evidentes interações entre componentes de demografia, de epidemiologia e de utilização que explicam o impacto do envelhecimento na demanda por serviços de saúde. Os níveis de renda e de educação, a acessibilidade, a maior efetividade de intervenções terapêuticas e a pressão da oferta geram maior utilização dos serviços de saúde pelos idosos,

por possuírem mais morbidade, mais incapacidades e piores condições de saúde em relação aos adultos jovens (56).

A interação entre o envelhecimento populacional e o crescimento das expectativas dos pacientes com os serviços de saúde é significativa. Coortes de indivíduos que estão se aproximando da terceira idade terão expectativas diferentes daquelas em que os indivíduos já são idosos. No futuro, os idosos serão melhores organizados e terão maiores expectativas em relação a qualidade de vida que desejam enfrentar e sobre a qualidade dos serviços de saúde a que terão direito (53). Já há evidências de países desenvolvidos mostrando que os idosos de hoje são mais saudáveis que as gerações anteriores e que querem se manter socialmente engajados e produtivos (6).

Como a população envelhece e os idosos possuem mais doenças crônicas, o número de consultas se amplia. Sabe-se que mais consultas levam a maior consumo de medicamentos, mais exames complementares e maiores taxas de hospitalizações. As necessidades em saúde têm um padrão de distribuição, segundo a idade, em “J”, ou seja, as pessoas no início e, particularmente no final da vida, apresentam mais problemas de saúde. A grande diferença é que as doenças da faixa jovem são agudas e, portanto, de custo menor, enquanto as dos idosos são crônicas e de alto custo (57).

As mudanças no perfil demográfico e epidemiológico da população acarretam um crescimento das despesas com tratamentos médico e hospitalar. O custo das internações hospitalares e o tempo médio de permanência na rede hospitalar são expressivamente mais elevados para os idosos, devido à multiplicidade e à natureza de suas patologias (57).

O crescimento progressivo da população idosa com maior prevalência de múltiplas doenças crônicas sendo atendidas na APS, juntamente com a tendência à medicalização dos problemas de saúde, entre outras causas, tem sobrecarregado as consultas em APS. Esse crescimento nem sempre é acompanhado do necessário incremento de recursos, nem da correspondente adaptação organizativa. Por outro lado, a forte carga assistencial condiciona os aspectos clássicos de identidade da APS, como a promoção e a prevenção de doenças, que perderam espaço e protagonismo no cotidiano do trabalho dos médicos de família para o manejo das doenças crônicas e as ações de prevenção quaternária (58).

### **1.5. Políticas Públicas para Idosos no Brasil**

Nos países desenvolvidos, como o envelhecimento populacional foi gradativo, foi possível promover a organização dos sistemas de previdência e de saúde de forma a acomodar o aumento da demanda nesses setores, o que não ocorreu nos países em desenvolvimento. As

políticas públicas para os idosos representam o exercício da cidadania e de liberdades individuais expressas por direitos civis.

No Brasil, as políticas públicas para essa população são relativamente recentes; pois, até o ano de 1994, data da promulgação da Política Nacional do Idoso, as ações eram realizadas de forma isolada e, principalmente, direcionadas à população idosa carente (59).

Na Constituição de 1988, o texto que versa sobre proteção jurídica ao idoso “impõe à família, à sociedade e ao Estado o dever de ampará-los”; entretanto, sem um arcabouço claro e definido. Já a Lei Orgânica da Assistência Social - LOAS (Lei nº 8.742/93), assegura no seu art. 20 o benefício de prestação continuada, que é “a garantia de 1 (um) salário mínimo mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso com 70 (setenta) anos ou mais e que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção e nem de tê-la provida por sua família. Todavia, os termos são genéricos e não específicos para essa faixa etária, carecendo de políticas individualizadas que supram as demandas crescentes de um país em franca transição epidemiológica.

A partir de 1994, são ampliados os direitos dos idosos com a criação da Política Nacional do Idoso (Lei nº 8.842/94), que é norteada por cinco princípios:

1. a família, a sociedade e o Estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade e defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida;

2. o processo de envelhecimento diz respeito à sociedade em geral, devendo ser objetivo de conhecimento e informação para todos;

3. o idoso não deve sofrer discriminação de qualquer natureza;

4. o idoso deve ser o principal agente e o destinatário das transformações a serem efetivadas através dessa política;

5. as diferenças econômicas, sociais, regionais e, particularmente, as contradições entre o meio rural e o urbano do Brasil deverão ser observadas pelos poderes públicos e pela sociedade em geral na aplicação dessa lei.

Essa política ampliou significativamente os direitos dos idosos, já que, desde a LOAS, as prerrogativas de atenção a esse segmento haviam sido garantidas de forma restrita, tendo surgido num cenário de crise no atendimento da pessoa idosa, o que exigiu uma reformulação em toda estrutura disponível de responsabilidade do governo e da sociedade civil (60). Essa lei atende à moderna concepção de assistência social como política de direito, em que não apenas a renda tem papel relevante, mas também a formação de redes de apoio e de proteção social. Para que isso ocorresse, foi criado um Plano Integrado de Ação Governamental,

interministerial, com propostas de readequação da rede de serviços de saúde e assistência social, mecanismos de inserção da população idosa na vida das comunidades, reformas curriculares nas universidades, com intuito de que os novos profissionais prestem melhores cuidados a esse grupo, entre outras medidas. Entretanto, a complexidade dessas ações requer organização, coordenação e recursos financeiros, o que ainda é apenas um ideal.

Em outubro de 2003, com a Lei nº 10.741, foi criado o Estatuto do Idoso, em que são estabelecidas prioridades às normas de proteção ao idoso, as quais vão desde precedência no atendimento até o permanente aprimoramento de suas condições de vida. Esse estatuto representou um marco legal para os idosos do país: a partir dele, os idosos puderam exigir a proteção aos seus direitos e a sociedade começou a ser sensibilizada quanto à necessidade de amparo a essa população (61).

Os principais direitos do idoso encontram-se no art. 3º do estatuto, o qual preceitua: “É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do poder público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária”. O estatuto assegura, no seu art. 15, a atenção integral à saúde do idoso, mantendo os princípios gerais do Sistema Único de Saúde (SUS), através do acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos, o cadastramento da população em base territorial e o fornecimento gratuito de medicamentos. O art. 17 confere, ao idoso que esteja no domínio de suas faculdades mentais, “o direito de optar pelo tratamento de saúde que lhe for reputado mais favorável”. Nos arts. 18 e 19, ressalta-se o papel das instituições na capacitação dos profissionais para o cuidado ao idoso e a obrigatoriedade da notificação de maus tratos aos órgãos competentes (62).

No Pacto pela Vida de 2006, discriminam-se as diretrizes que devem pautar a política específica para a atenção à saúde do idoso, além de se estabelecerem ações estratégicas. O Ministério da Saúde instituiu em 2006, por meio da Portaria nº 2.528, a Política de Saúde do Idoso, com a finalidade de operacionalizar a prioridade da atenção à saúde, estabelecida pelo Pacto pela Saúde. Essa política objetiva garantir atenção integral à saúde do idoso, enfatizando o envelhecimento saudável e ativo, a manutenção e reabilitação da capacidade funcional e o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais.

Algumas iniciativas de ordem prática vêm sendo adotadas desde então. Podemos destacar a criação da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Sua implantação tem-se dado a

partir das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), acompanhada por um manual de orientação voltado para os profissionais de saúde (63).

## 2. Atenção Primária à Saúde

Ao longo da história, diferentes termos foram utilizados para denominar a forma de organização dos sistemas de serviços de saúde, baseados em experiências realizadas em diversos países, até chegar ao que denominamos hoje de APS. A denominação APS vem sendo empregada para modelos distintos de organização e oferta de serviços de saúde em vários países ao redor do mundo (64).

A organização dos serviços orientados pela APS é marcada por uma trajetória de sucessivas reconstruções até se consolidar como uma política de reforma, uma alternativa diante da permanente crise dos sistemas de saúde contemporâneos. Esse discurso difunde-se com grande intensidade nas décadas de 1960 e 1970 associado a princípios participativos e de democratização das práticas, retrocede na fase de reformas neoliberais dos anos 1980 para reaparecer a partir da última década do século XX, com uma roupagem mais racionalizadora e instrumental (65).

Do ponto de vista administrativo, o delineamento teórico de um sistema de saúde hierarquizado e integrado em rede, baseado na assistência primária, secundária e em hospitais de ensino terciários, surge em 1920, na Inglaterra, com as propostas do “Relatório *Dawson*”. Foi a primeira proposta governamental formal de organização de um primeiro nível de atenção, aproximando-se dos conceitos atuais de APS (3;64;65;66).

A OMS adotou um conjunto de princípios para construir a base da atenção primária dos serviços de saúde. Conhecida como Carta de *Lublana*, foi adotada pela União Europeia em 1996 para orientar a reforma dos países membros. Nesse sentido, um sistema de saúde com base na APS tem uma abordagem abrangente da organização e da operação de sistemas de saúde, a qual faz do direito ao mais alto nível possível de saúde sua principal meta, enquanto maximiza a equidade e a solidariedade. Tal sistema é guiado pelos princípios da APS de receptividade, orientação de qualidade, responsabilização governamental, justiça social, sustentabilidade, participação e intersetorialidade (21).

Um sistema de saúde com base na APS é composto por um conjunto central de elementos funcionais e estruturais que garantem a cobertura e o acesso universal a serviços aceitáveis à população e que aumentam a equidade. Oferece cuidados abrangentes, integrados e apropriados ao tempo, enfatiza a prevenção e a promoção e assegura a atenção no primeiro atendimento. As famílias e as comunidades são sua base de planejamento e ação. Adota práticas de gerenciamento otimizado em todos os níveis para alcançar qualidade, eficiência e eficácia, além de desenvolver mecanismos ativos para maximizar a participação individual e

coletiva em saúde. Um sistema de saúde com base na APS desenvolve ações intersetoriais para abordar outros determinantes de saúde e equidade (21).

A reorientação de sistemas de saúde com base na APS está fundamentado nos princípios de Alma-Ata de equidade, acesso universal, participação da comunidade e ação intersetorial. Esses princípios podem ser alcançados por meio da designação de funções apropriadas a cada nível de governo, integrando serviços de saúde públicos e privados, utilizando dados precisos no planejamento e na tomada de decisões e criando uma estrutura institucional com incentivos para melhorar a qualidade dos serviços (21).

Em geral, os sistemas universais dão ênfase à APS como base e tendem a conduzir a prestação de serviços de forma mais integrada entre os diferentes níveis de atenção, seguindo o exemplo do Serviço Nacional de Saúde britânico, que garantiu acesso universal a cuidados gratuitos e integrais, por meio do financiamento fiscal. São sistemas que alcançam melhores condições de saúde com menores recursos (66).

Em julho de 2005, o posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) intitulado “Renovação da Atenção Primária à Saúde nas Américas”, amplia e sistematiza os conceitos de APS e define valores, princípios e elementos essenciais de um sistema de saúde baseado em APS. O documento defende também a atenção universal, abrangente, integral e horizontal para o desenvolvimento dos sistemas de saúde (64;66;67). Em 2008, o relatório anual sobre saúde mundial da OMS propôs, no título do documento, uma nova consigna: “APS, agora mais do que nunca”, com mudança no foco da atenção para uma estratégia de reorganização dos sistemas de atenção e não meramente um programa ou um nível de atenção (21).

No início da década de 70, iniciaram-se as primeiras tentativas de definir a APS por suas funções, com base no Relatório *Millis* (1966) e depois através da descrição de seus atributos, como foi sugerido pelo *Institute of Medicine* (1978). Os esforços para definir a APS incentivaram o desenvolvimento de ferramentas para avaliar essas características, que, em conjunto, definem a prática da APS. Essa evolução, em seguida, permitiu avaliar em que medida a extensão desses atributos característicos estão associados a melhores desfechos em saúde (3;7;64).

A APS é definida como um conjunto de funções que, combinadas, organizam e racionalizam o uso de todos os recursos, tanto básicos quanto especializados, direcionados para promoção, manutenção e melhora da saúde e que podem influenciar a configuração e o foco de todo um sistema de saúde e estender-se ao desenvolvimento das comunidades (68). Funções importantes da APS incluem servir como primeiro ponto de contato para todas as



novas necessidades e problemas, fornecer cuidado centrado na pessoa e a longo prazo, abranger todas as necessidades de saúde, exceto aquelas cuja raridade torna impossível para um generalista manter a competência, e coordenar os cuidados que devem ser recebidos de outras fontes (3).

## 2.1 Atributos da APS

Os atributos da APS são os elementos estruturantes do sistema de serviços de saúde e, segundo a definição operacional sistematizada por Starfield, pode-se definir os quatro atributos essenciais de um serviço de APS - acesso de primeiro contato, integralidade, longitudinalidade, coordenação - bem como outros três atributos derivados - orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural – que, quando presentes, qualificam o serviço (69).

A identificação da presença e da extensão dos atributos citados é fundamental para definir um serviço como orientado para a APS.

- Acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde: acessibilidade e utilização do serviço de saúde como fonte de cuidado a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde, com exceção das verdadeiras emergências e urgências médicas.
- Longitudinalidade: existência de uma fonte continuada de atenção, assim como sua utilização ao longo do tempo. A relação entre a população e sua fonte de atenção deve se refletir em uma relação interpessoal intensa que expresse a confiança mútua entre os usuários e os profissionais de saúde.
- Integralidade: leque de serviços disponíveis e prestados pelo serviço de atenção primária. Ações que o serviço de saúde deve oferecer para que os usuários recebam atenção integral, tanto do ponto de vista do caráter biopsicossocial do processo saúde-doença, como ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação adequadas ao contexto da APS, mesmo que algumas ações não possam ser oferecidas dentro das unidades de APS. Incluem os encaminhamentos para especialidades médicas focais e hospitalares.
- Coordenação da atenção: pressupõe alguma forma de continuidade seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além do reconhecimento de problemas abordados em outros serviços e a integração deste cuidado no cuidado global do paciente. O provedor de atenção primária deve ser capaz de integrar todo cuidado que o paciente recebe através da coordenação entre os serviços.

- Atenção à saúde centrada na família (orientação familiar): na avaliação das necessidades individuais para a atenção integral deve-se considerar o contexto familiar e seu potencial de cuidado e, também, de ameaça à saúde, incluindo o uso de ferramentas de abordagem familiar.
- Orientação comunitária: reconhecimento por parte do serviço de saúde das necessidades em saúde da comunidade por meio de dados epidemiológicos e do contato direto com a comunidade; assim como o planejamento e a avaliação conjunta dos serviços.
- Competência cultural: adaptação do provedor (equipe e profissionais de saúde) às características culturais especiais da população para facilitar a relação e a comunicação com a mesma (69).

O impacto da APS na prevenção é demonstrado por evidências fortes de que é na APS que intervenções preventivas são melhor realizadas, como, por exemplo, orientações sobre amamentação, cessação do tabagismo, uso de cintos de segurança e mudanças no estilo de vida, detecção precoce de cânceres (mama, cólon, colo uterino e pele), tratamento precoce de doenças crônicas, evitando hospitalizações desnecessárias e idas a emergências por pneumonias e especialmente por complicações de doenças crônicas como diabetes e hipertensão (67).

## **2.2.APS e redes de atenção à saúde**

Algumas reformas da saúde em países europeus passaram a dar à APS a função de coordenação do sistema de saúde, além da sua tradicional função de resolução de problemas, com o objetivo de integrar os serviços que normalmente são ofertados de forma fragmentada, sendo ofertados de forma contínua e integral através de sistemas organizados formando redes de atenção à saúde, que se responsabilizam pelos seus serviços, pela integração dos níveis de atenção, pelos seus resultados clínicos, financeiros e sanitários (21).

A APS, entendida como o centro organizador das redes de atenção, cria as condições necessárias para ofertar serviços equitativos e atenção integrada. O modelo de atenção integrada reverte a atenção aos portadores de condições crônicas através dos cuidados inovadores para as condições crônicas e fortalece o sistema de atenção à saúde. A APS passa de um modelo de *gatekeeper* com o objetivo de reduzir custos, para coordenar o sistema tendo o objetivo principal de prestar atenção integral e de qualidade (21;70).

### **2.3 Atenção Básica: A Atenção Primária à Saúde no Brasil**

*“Atenção básica é um conjunto de ações de saúde que englobam a promoção, prevenção, diagnóstico, prestação do cuidado (tratamento e reabilitação) desenvolvidas através do exercício de práticas gerenciais, democráticas e participativas, e sanitárias, pautadas numa abordagem transdisciplinar, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios (território-processo) bem delimitados, das quais assumem responsabilidade, utilizando tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver a maioria dos problemas de saúde das populações (de maior frequência e relevância), sendo seu contato preferencial com o sistema de saúde, orientada pelos princípios da universalidade, acessibilidade, continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social.”* (Ministério da Saúde, 2003)

Atenção Básica é o termo correspondente à APS utilizado pelo governo brasileiro. Não há dados que permitam precisar o motivo pelo qual o SUS, na contracorrente internacional, teria assumido a denominação “Atenção Básica”, tendência cristalizada na regulamentação de suas normas operacionais básicas a partir de 1993. Giovanella defende que o termo atenção básica como APS no SUS buscou diferenciar as políticas propostas pelo movimento sanitário, numa tentativa de se diferenciar dos programas de APS seletivos e focalizados (61;66).

A formulação do Programa Saúde da Família (PSF) foi estimulada pelos antecedentes históricos da reforma sanitária e pelas experiências bem sucedidas de APS e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), uma proposta de emergência com frentes de trabalho para o enfrentamento da seca no semiárido cearense, a partir de 1987, e que buscou dar suporte à assistência básica onde não houvesse condições de interiorização da assistência médica. Também houve estímulo decorrente dos atrativos políticos que um programa desta ordem poderia representar mesmo para um governo de cunho neoliberal, além do incentivo financeiro para a implantação das equipes, materializando-se na Portaria do Ministério da Saúde nº 692, de dezembro de 1993 (21;65;66).

O documento de 1994 que define as bases do programa destaca que *“ao contrário do modelo tradicional, centrado na doença e no hospital, o PSF prioriza as ações de proteção e promoção à saúde dos indivíduos e da família, tanto adultos, quanto crianças, sadios ou doentes, de forma integral e contínua”* (Ministério da Saúde, 1994) (71).

Se no primeiro documento ministerial elaborado em 1994 o PSF é entendido como um programa, no referencial que se segue passa a ser considerado uma estratégia para reorientação do modelo assistencial com caráter substitutivo das práticas convencionais. Sua singularidade está em romper com os modelos clássicos da medicina familiar e instituir-se como prática de saúde da família, o que, provavelmente, sofreu a influência de sua origem intersetorial baseada no PACS (65).

Nesse contexto, o PSF apresenta-se como uma possibilidade de reestruturação da atenção primária, a partir de um conjunto de ações conjugadas em sintonia com os princípios de territorialização, intersetorialidade, descentralização, corresponsabilização e priorização de grupos populacionais com maior risco de adoecer ou morrer (65).

A partir da Norma Operacional Básica 96, a atenção básica em saúde assumiu a caracterização de primeiro nível da atenção, ou seja, “um conjunto de ações de caráter individual e coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação” (66).

Muitos aspectos de sua estruturação foram facilitados pela existência prévia do PACS: diagnóstico da saúde da comunidade, planejamento e programação local, complementariedade entre ações de saúde pública e atenção médica individual, estímulo à ação intersetorial, acompanhamento e avaliação. O estímulo ao PSF e à sua adequada implementação passou a ser elemento estratégico permanente para a consolidação do SUS e para o exercício do controle social como direito de cidadania.

Dando prioridade aos grupos mais expostos aos riscos de adoecer e morrer e permitindo o acesso aos serviços de saúde, o PSF manteve características de APS seletiva. Posteriormente, a adoção do PSF como estratégia deu à APS no Brasil um caráter mais abrangente, como modelo para a atenção básica, articulada aos demais níveis para reestruturar o sistema, ordenar a demanda, direcionar o financiamento e conciliar os interesses em torno da saúde (65).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) expandiu-se ao longo da década de 90 sob a indução por meio de incentivos financeiros. De 1998 a 2004, houve expansão importante em todas as regiões, mas com cobertura maior nos municípios com Índice de Desenvolvimento Humano baixo. Embora tenha havido adesão precoce de cidades periféricas às regiões metropolitanas, a partir de 2000, a ampliação ocorreu em municípios menores (65;66). A partir de 2003, a ampliação do ESF passou a ser apoiada pelo Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família, visando ao fortalecimento da atenção básica nos municípios com mais de 100 mil habitantes (66).

Em março de 2006, foi aprovada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) pela Portaria Ministerial nº 648, com uma revisão da legislação em função da experiência acumulada e das diretrizes do novo pacto entre as esferas de governo. A política ampliou a concepção da atenção básica ao incorporar os atributos da APS renovada, colocando-a como porta de entrada preferencial do sistema de saúde e ponto de partida para a estruturação dos sistemas de saúde locais (65;66). A PNAB reconheceu o ESF como modelo substitutivo e de reorganização da atenção básica e reforçou a necessidade de expansão do modelo com integração à rede de serviços de saúde (66).

Ainda em 2006, a Portaria nº 399 criou o Pacto pela Saúde, que qualifica o acesso da população à atenção integral e define ações prioritárias que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira; entre elas, as relacionadas à promoção da saúde do idoso. O Pacto pela Vida, parte integrante do Pacto pela Saúde, reiterou como prioridade a consolidação e a qualificação da ESF como modelo de atenção básica e centro ordenador das redes de atenção à saúde (65).

Ainda que o ESF seja responsável pela maior expansão da rede de serviços públicos de saúde registrada até a atualidade no Brasil, cobrindo mais de 50% da população, a almejada reversão do modelo assistencial está longe de se completar, coexistindo no país diferentes formas de prestar serviços de APS, a maioria baseada no modelo assistencial convencional, que continua sendo fortemente hegemônico (72).

### **2.3.1 Outras experiências de APS no Brasil**

Antes do início da implantação do ESF, ocorreram várias experiências significativas de superação do modelo assistencial hegemônico. Entre elas, o projeto de saúde comunitária Murialdo da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, em Porto Alegre, iniciado em 1974, com residência multiprofissional, que funcionou como polo aglutinador para outros projetos semelhantes realizados em Vitória de Santo Antão, Rio de Janeiro, Teresina, São Luís, Cotia, Sete Lagoas, Pelotas e Joinville, com a criação da Sociedade Brasileira de Medicina Geral Comunitária. Experiências de medicina comunitária como a de Montes Claros serviram de base para programas de extensão de cobertura; além de outras experiências semelhantes em Lages, Campinas, Londrina e Niterói (65). No início dos anos 80, também em Porto Alegre, teve origem o Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (SSC/GHC), com a implantação do Programa de Residência Médica em Medicina Geral Comunitária, e a primeira unidade de atenção primária à saúde, que hoje conta com residência especializada multiprofissional em saúde da família.

Nos dias atuais, coexistem em Porto Alegre diferentes formas de prestar atenção básica à população: a ESF, com cobertura inferior a 30%, abrange as áreas mais vulneráveis da cidade; o serviço de saúde comunitária do Murialdo, localizado na zona leste da cidade, que aos poucos está sendo incorporado à ESF; o serviço de saúde comunitária do GHC, responsável por áreas próximas ao Hospital Nossa Senhora Conceição, na zona norte da cidade, e o antigo modelo das unidades básicas de saúde tradicionais, que ainda é a maior fonte de prestação de APS na cidade, em contrariedade com a política do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde de expansão da ESF e substituição do modelo tradicional.

### 3. Avaliação de serviços de saúde

Os critérios utilizados para caracterizar um serviço de qualidade não são definitivos ou absolutos, pois a evolução do conhecimento e a dinâmica social produzem mudanças e aprimoramentos na forma como se prestam os serviços, dependentes do contexto em que se dá a assistência. Embora a quantidade, mais que a qualidade, dos serviços de saúde tenha sido historicamente o foco em países em desenvolvimento, ampla evidência sugere que a qualidade do cuidado (ou a falta dele) deve ser o centro de qualquer discussão sobre saúde (9;21).

Desde o código de *Hamurabi*, diversas obras ao longo a história tiveram o propósito de sistematizar o processo da prática médica. *Nightingale* foi a precursora das avaliações de qualidade da ciência moderna, relacionando aspectos estruturais da atenção com melhores resultados em saúde, mas foi o relatório *Flexner*, publicado em 1910, a primeira sistematização contemporânea de um mecanismo de avaliação do ensino e da prática médica (73). Na década de 30, Lee e Jones avaliaram os custos da atenção médica e os tipos de serviços que deveriam ser oferecidos a população. Já na década de 70, *Cochrane* publicou estudos sobre a avaliação dos serviços de saúde, utilizando dois ensaios clínicos randomizados, o que desencadeou diversas avaliações sobre eficácia das intervenções baseadas em evidências científicas (3;74;75).

Na última década, cresceu a preocupação com a variabilidade da assistência, o que resultou em esforços para sistematizar os conhecimentos científicos por meio do desenvolvimento de protocolos e diretrizes. No entanto, nosso conhecimento sobre qualidade da assistência ainda é escasso. Dados da literatura são limitados sobre a forma como cada sistema de saúde utiliza seus recursos, com variações injustificáveis no processo do cuidado, barreiras ao acesso, aumento de desfechos adversos relacionados a más práticas clínicas, subutilização de intervenções comprovadamente efetivas, além de poucos estudos sobre avaliação de resultados (74).

A avaliação não é exclusivamente um procedimento de natureza técnica e não se refere apenas a melhorar a assistência, mas também melhorar o acesso a serviços essenciais e evitar cuidados desnecessários, excessivos ou inadequados. Isso gera diminuição das despesas públicas com saúde, aumenta a força de trabalho ao reduzir o número de mortes prematuras, melhora a produtividade ao reduzir a quantidade de invalidez temporária ou permanente (21).

O enfoque mais tradicional da qualidade assistencial refere-se àquele proposto por *Donabedian*, que permite, numa abordagem normativa e focada nos conceitos da administração clássica de eficiência, eficácia e efetividade, definição de estratégias, critérios e

padrões de medição da qualidade (9;76). *Donabedian* preconiza que a melhor maneira de se fazer uma avaliação da qualidade do cuidado é utilizar um instrumento que contemple indicadores representativos das três categorias (estrutura-processo-resultado), sendo que os indicadores de resultados possuem a característica de refletir indiretamente a qualidade tanto da estrutura quanto do processo (76;77).

Em artigo publicado em 1978, *Donabedian* diz que a avaliação dos serviços comporta sempre duas dimensões: o desempenho técnico, ou seja, a aplicação do conhecimento e da tecnologia médica de modo a maximizar os benefícios e minimizar os riscos, de acordo com as preferências de cada paciente, e o relacionamento pessoal com o paciente, de modo a satisfazer os preceitos éticos, as normas sociais e as expectativas e necessidades dos pacientes (75;78).

Estudos de Bárbara *Hulka* sobre pacientes na atenção ambulatorial foram os precursores do uso da satisfação dos pacientes como um indicador de qualidade (79). Mendonça e Guerra destacam que a satisfação dos usuários de serviços de saúde vem sendo considerada cada vez mais um importante indicador da qualidade da atenção (67-69). *Donabedian* também inclui a satisfação dos profissionais de saúde como uma importante dimensão na avaliação global da qualidade do cuidado (21;80).

Evidências crescentes a partir da década de 90 mostram que, para melhorar a prática clínica, a qualidade do cuidado deve ser definida e medida. A avaliação tem como propósito reduzir as incertezas inerentes à tomada de decisão em saúde, para que se possa intervir e melhorar o que foi definido previamente (21).

Para avaliar a eficiência dos serviços de saúde, é preciso selecionar indicadores com medidas válidas, confiáveis e pouco custosas, cientificamente aceitáveis e resistentes à manipulação, sendo necessário gerar medidas comparáveis tanto em termos de subgrupos populacionais quanto entre serviços, sistemas e países. No entanto, é preciso aceitar que nem todos os aspectos do cuidado podem ser medidos e que alguns aspectos fáceis e baratos de serem medidos às vezes são menos importantes e não servem para avaliar e melhorar a qualidade da assistência (21;74;81).

### **3.1 Avaliação da APS**

Aliados à boa prática do ponto de vista científico e sempre considerando-se as disponibilidades de recursos existentes, os serviços devem atender às necessidades de saúde definidas tecnicamente, contemplando o amplo espectro das suas atribuições, quais sejam a



promoção, a prevenção, a assistência e a reabilitação. A atenção à saúde deve buscar otimizar os seus efeitos desejáveis e minimizar os seus efeitos indesejáveis, para, acima de tudo, responder às expectativas e às necessidades manifestas dos usuários (21).

A capacidade de resolução é um elemento inerente aos serviços de saúde, especialmente na APS, já que uma APS de qualidade deve resolver mais de 85% dos problemas de saúde da população, diminuindo a carga de doenças que são potencialmente evitáveis e liberando recursos aos sistemas de saúde para atender às necessidades, fortalecer grupos vulneráveis e minimizar os gastos diretos dos bolsos das famílias com os serviços de saúde, ao instituir a cobertura universal e reduzir as iniquidades. Considerando que se pode argumentar que as intervenções altamente custo-benefício merecem ser implementadas, não importa o nível a que se destinam, existem razões para se dar prioridade àquelas que se baseiam na APS (21;58;67;82).

Os resultados de ações e programas de saúde podem ser avaliados com relação às mudanças verificadas tanto no estado de saúde da população como em termos de conhecimentos e comportamentos derivadas das práticas desenvolvidas. A chave do problema é como demonstrar o nexos de causalidade entre a prestação de serviços na atenção primária e os desfechos positivos e, especialmente, para separá-los das influências de fatores socioeconômicos (21).

Os serviços que superam em alcance as características da APS podem nem sempre fornecer a melhor qualidade da atenção medida pelas intervenções clínicas específicas, nem são garantia de alcance dos melhores resultados todas as vezes (3). Embora não exista nenhuma garantia de que os processos de assistência assegurem resultados positivos para a saúde da população, existe a premissa de que, em estudos avaliativos, bons processos de assistência à saúde levem a bons resultados, especialmente quando experiência ou estudos preliminares se associam com resultados desejáveis (83).

Um desafio específico para as avaliações do impacto da APS com base na população é a ausência de sistemas de dados comuns que possibilitariam as comparações entre diferentes unidades locais ou grupos. O benefício da APS para o estado de saúde das populações deve ser avaliado com indicadores que possam refletir sua própria contribuição dentro do sistema de atenção à saúde. Outra forma de medir o alcance da APS, a partir do ponto de vista do sistema de saúde, é a diminuição das iniquidades em saúde como medida do sucesso da política para o fortalecimento da APS (3).

Existe uma relação geral entre a extensão da orientação para a APS dos países e sua classificação nos indicadores de saúde, de tal forma que os países com uma melhor orientação

para a APS tendem a ter melhores classificações nesses indicadores de saúde do que os países com uma fraca orientação à APS (3;7).

Os sistemas baseados numa forte APS estão associados com melhores resultados sanitários para a população com relação a todas as causas de mortalidade, a todas as causas de mortes prematuras e a causas específicas de mortes prematuras por doenças respiratórias e cardiovasculares. Além disso, os sistemas com forte atenção primária à saúde estão associados com maior satisfação dos pacientes e com menor gasto agregado na atenção à saúde. Os sistemas com APS forte nos países de baixa renda tendem a ser mais equitativos e mais acessíveis (3).

A utilização dos princípios da APS reduz custos e aumenta a satisfação dos pacientes, sem determinar efeitos adversos na qualidade do cuidado. A maioria dos estudos que analisam a substituição dos serviços secundários por serviços primários mostra que essa mudança é mais custo-efetiva. A expansão dos serviços de APS pode, nem sempre, reduzir custos no seu início, porque identifica as necessidades não atendidas de saúde da população, melhora o acesso e expande a utilização dos serviços (21).

Evidências, particularmente de países europeus, sugerem que embasar os sistemas de saúde na APS também pode gerar melhorias na eficiência e na eficácia. Fortalecer a base da APS dos sistemas de saúde reduz as taxas de mortalidade por qualquer causa, mortalidade e causas específicas de mortalidade prematura de asma e bronquite, enfisema e pneumonia, doenças cardiovasculares e doença cardíaca (21).

Estudos de hospitalizações por condições sensíveis à APS e uso de serviços de emergência para cuidados de rotina mostram como os sistemas que garantem o acesso e o primeiro atendimento a serviços de APS podem melhorar os resultados de saúde e beneficiar outros níveis do sistema. Pessoas que possuem uma fonte regular de cuidado na APS, beneficiam-se do acesso de primeiro contato e da continuidade da atenção e apresentam economia de tempo na consulta, menor utilização de exames laboratoriais, menores prescrições, menos hospitalizações, diagnósticos mais acurados, redução de gastos com saúde e melhor satisfação com seu cuidado em saúde (21;82).

As evidências internacionais sobre a APS são abundantes e robustas e mostram que os sistemas de saúde baseados numa forte orientação para a APS são mais adequados, porque se organizam a partir das necessidades de saúde da população; mais efetivos, porque são a única forma de enfrentar a situação epidemiológica de hegemonia das condições crônicas e de impactar significativamente os níveis de saúde da população; mais eficientes, porque apresentam menores custos e reduzem procedimentos mais caros; mais equitativos, porque

discriminam positivamente grupos e regiões mais pobres e diminuem o gasto das pessoas e das famílias; de maior qualidade, porque colocam ênfase na promoção da saúde e na prevenção das doenças e porque ofertam tecnologias mais seguras; e mais capazes de satisfazer às populações (21).

Sistemas de saúde fortes, especialmente os que enfatizam a APS, são um ingrediente essencial para o avanço da saúde da população e a redução das disparidades de saúde. Estratégias para melhorar a saúde da população não podem ignorar a contribuição da APS, já que a APS e os determinantes sociais são insumos complementares para a meta de redução das disparidades de saúde (84).

Shi et al demonstraram três linhas de evidência progressivamente mais fortes em relação à melhora dos cuidados em saúde: a saúde é melhor em áreas com mais médicos de APS, pessoas que recebem cuidados na APS são mais saudáveis e as características da APS estão associadas com melhores indicadores de saúde (3;7).

Após a reforma de alguns sistemas de saúde, pôde-se verificar impacto sobre a saúde com diminuição das taxas de mortalidade associados a hipertensão, acidente vascular cerebral e câncer de pulmão. A experiência da Costa Rica mostra que a reforma abrangente da APS (incluindo o acesso crescente, a reorganização de profissionais de saúde em equipes multidisciplinares e a melhora da atenção abrangente e integrada mediante a designação de uma área geográfica específica a cada equipe de APS) pode melhorar os resultados da saúde, demonstrada principalmente pela diminuição da mortalidade infantil, com efeito semelhante ao que ocorreu em Cuba (21).

Os processos de substituição da atenção – movimento forte nas reformas europeias de 90 – estão presentes na APS. Observa-se, em vários países, uma tendência para delegar funções de especialistas para generalistas. O deslocamento das funções próprias da APS para os especialistas reduz a continuidade dos cuidados e diminui a responsabilidade dos generalistas sobre a saúde dos pacientes. Isso vai ao encontro da hipótese de *Starfield* que, numa revisão da atenção primária à saúde em 11 países, mostrou que a restrição dos especialistas aos hospitais e o seu pagamento por salário estão associados com melhor desempenho dos sistemas de saúde em relação à população como um todo (21).

O *Health Council of the Netherlands* promoveu uma revisão sistemática sobre a APS e concluiu que duas características que estão ligadas a uma APS forte – o *gatekeeping* e o pagamento por lista de pacientes adscritos a um médico generalista – estão associadas a menores gastos dos sistemas de saúde (21).

A identificação empírica dos atributos da APS permite verificar a associação entre estes atributos e os resultados – a efetividade – da atenção sobre a saúde da população. Esses atributos podem ser avaliados separadamente, apesar de se apresentarem intimamente inter-relacionados na prática assistencial, individual ou coletiva, dos serviços de APS (3).

O atributo da longitudinalidade gera ganhos de eficiência, já que uma parte substancial do tempo médico é gasto com provas diagnósticas. O conhecimento da história clínica poupa tempo nas consultas e valoriza, a custos baixos, as probabilidades prévias, evitando repetições desnecessárias de exames (21).

A integralidade está relacionada com melhores resultados de saúde, aumento da cobertura por cuidados de prevenção de doenças, como, por exemplo, controle da pressão arterial, rastreamento de câncer de mama e colo de útero, e diminuição de hospitalizações por complicações evitáveis de doenças crônicas. Quando o cuidado é continuado, ocorre redução da mortalidade global, melhoria do acesso aos serviços de saúde, redução da readmissão hospitalar, redução das consultas com especialistas, redução da utilização dos serviços de urgência e melhoria da detecção de efeitos adversos das intervenções médicas (3;21).

Quando é a porta de entrada regular do sistema, a APS gera melhoria da satisfação com os serviços e da conformidade terapêutica, redução da taxa de hospitalização, redução da utilização de especialistas e de serviços de urgência, redução das consultas com especialistas focais, utilização mais eficiente dos recursos, melhor compreensão dos aspectos psicológicos dos problemas dos doentes, melhor adesão dos adolescentes aos cuidados preventivos e proteção contra o tratamento excessivo (3).

A função de coordenação realizada pela APS produz impacto positivo nos indicadores de saúde e menor dependência de especialistas focais. O atributo da coordenação tem uma importância relativa maior nas redes de atenção, já que, sem ele, o primeiro contato se tornaria uma função puramente administrativa, a longitudinalidade perderia muito de seu potencial e dificultaria a obtenção da integralidade. A coordenação é um estado de estar em harmonia numa ação ou esforço comum. É pela coordenação que se ordenam os fluxos e os contrafluxos das pessoas e de suas necessidades nos diversos níveis de um sistema de atenção à saúde (21).

Os benefícios da APS podem assim ser resumidos: maior acesso aos serviços necessários; melhor qualidade do cuidado; maior foco na promoção da saúde e na prevenção das doenças; gestão precoce dos problemas de saúde; contribuição acumulada da APS a um cuidado mais apropriado; importante papel na redução da atenção secundária desnecessária ou danosa propiciada por especialistas (3;21).

### 3.1.1 Instrumentos de Avaliação da APS

Um comitê do *Institute of Medicine* sugeriu, em 1978, uma abordagem para avaliar a APS, listando seus atributos como acessibilidade, integralidade, coordenação, continuidade e responsabilidade. Os resultados dos esforços deste comitê foram um marco importante na tentativa de delinear um método normativo para medir a obtenção de aspectos da APS (21). Serviços qualificados podem ser comparados com outras formas de atenção ou com outros serviços de APS, no que se refere ao impacto dos serviços (3).

*Flocke*, em 1997, publicou o *Components of Primary Care Instrument*, instrumento que avaliou domínios da APS nos EUA. *Flocke* demonstrou a habilidade em estabelecer uma forte relação com idosos do *Medicare*, por meio de habilidades de comunicação e coordenação do cuidado, e sua relação com estar atualizado sobre práticas de prevenção e de aconselhamento, associando-se assim com a provisão de alguns atributos da APS (85). Esse instrumento, porém, não mediu acesso de primeiro contato e acessibilidade (86;87).

Criado por *Safran*, em 1998, o *Primary Care Assessment Survey*, operacionalizou as definições de APS, redefinidas pelo *Institute of Medicine* em 1996, e incluiu esses atributos na avaliação, mas não abrangeu alguns dos elementos como as medidas de integralidade (87).

Em 2001, o *Parents' Perception of Primary Care* foi construído para avaliar a percepção dos pais sobre a provisão de APS no cuidado de crianças, mediante um instrumento curto, disponível apenas na versão infantil (87).

O *Primary Care Assessment Tool*, publicado por *Shi et al* em 2001, avaliou os atributos da APS em múltiplos formatos, para pacientes, provedores e gestores, com versões adulto e infantil, sendo possível comparar o julgamento dos provedores com a experiência dos pacientes (7).

*Solomon* avaliou a experiência sobre algumas dimensões do cuidado em APS e mediu a satisfação dos pacientes com planos de saúde, hospitais, asilos e fornecedores nos EUA. O *Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems* foi publicado em 2005 e foi construído em versões adulto e infantil (87).

A criação do *Primary Care Medical Home* (PCMH) nos EUA gerou outros instrumentos a partir de 2008, com o objetivo de avaliar a sua prática e a provisão de APS. O *Medical Home Family Survey* mediu a provisão de APS para crianças e adolescentes incluindo aquelas com necessidades especiais. O *Medical Home Index Adult Version 1.1* e o *Medical Home IQ*, avaliaram a prática do *medical home*. Já o *Physicians Practice Connections–Patient-Centered Medical Home* avaliou as diversas funções do PCMH, com pouco foco em algumas características próprias da APS como integralidade (87).

O Instrumento de avaliação da APS, o *PCATool – Primary Care Assessment Tool*, criado por *Starfield e cols.* na *Johns Hopkins Primary Care Policy Center*, é baseado na definição operacional da APS. O objetivo principal do instrumento é avaliar o serviço de saúde, não somente o profissional de saúde de referência. É uma ferramenta de avaliação projetada para obter os aspectos da APS pela capacidade do sistema, pelas características de desempenho e pela experiência de usuários e profissionais, podendo avaliar a concordância em relação ao alcance da APS. O *PCATool* mede a presença e a extensão dos atributos essenciais e derivados da APS. Baseado na combinação de elementos de estrutura e de processo para cada atributo, gera escores e estabelece o grau de orientação à APS, possibilitando a comparação de serviços ou o estabelecimento de metas a serem alcançadas (3;69).

Quando um serviço de saúde é fortemente orientado para o alcance da maior presença dos atributos, ele se torna capaz de prover atenção integral do ponto de vista biopsicossocial à sua comunidade, e pode ser considerado um provedor de APS. Essa definição de APS, proposta por *Starfield* pode, dessa forma, guiar as estratégias de avaliação e investigação dos serviços e sistemas de saúde baseados na APS. Esses métodos fornecem uma forma de avaliar a extensão na qual os serviços de saúde estão atendendo às necessidades da população e os resultados desejados de planejamento dos serviços de saúde, podendo assim influenciar a tomada de decisão (3).

O *PCATool* foi traduzido, validado e adaptado à realidade do sistema de saúde brasileiro e dos seus serviços de saúde por *Harzheim e cols.* e recebeu o nome de Instrumento de Avaliação da Atenção Primária – *Primary Care Assessment Tool* Brasil (*PCATool-Brasil*), com versões adulto e infantil e uma versão em espelho para os profissionais da APS. O teor da versão para adultos é idêntico ao da versão para crianças, exceto quando as necessidades de saúde para adultos diferem das infantis (basicamente, no campo da integralidade). A versão validada do *PCATool-Brasil* para adultos contém 87 itens divididos em 10 componentes relacionados aos atributos da APS. Os escores para cada um dos atributos ou seus componentes são calculados pela média aritmética simples dos valores das respostas dos itens que compõe cada atributo ou seu componente (69).

### **3.2 Avaliação da APS no Brasil**

A expansão da ESF e a progressiva ampliação da cobertura alcançada nos dias atuais tornam-se um estímulo e, ao mesmo tempo, um desafio para as iniciativas de avaliação e de melhoria contínua da qualidade (9). Os resultados da ESF no SUS são muito expressivos.

Houve avanços notáveis em termos de estrutura, de processo e de resultados, tais como o incremento das consultas médicas e de enfermagem, dos exames pré-natais, dos procedimentos odontológicos, e em termos de resultados (21).

No Brasil, um estudo comparativo mostrou que pacientes que têm melhor APS autoavaliaram-se com melhor saúde, mesmo após ajuste por outras características como idade, presença ou não de doença crônica, renda, nível educacional e tipo de unidade em que receberam o cuidado (21). *Macinko, Guanais e Souza* realizaram em 2006 uma análise ecológica longitudinal usando dados de fontes secundárias, que mostrou um aumento de 10% na cobertura da ESF e uma diminuição de 4,6% na mortalidade infantil (88). O aumento da cobertura da ESF também está relacionado com redução da mortalidade de crianças menores de 5 anos por diarreia e infecções respiratórias (89). Cidades com ESF consolidada também apresentam menores taxas de mortalidade infantil (90).

Entre 1999 e 2006, a taxa de hospitalizações por condições sensíveis à APS diminuiu 20% no Brasil, duas vezes mais rapidamente que as demais causas de hospitalizações. Entre 1998 e 2002, a expansão do PSF esteve associada com redução das taxas de hospitalizações por diabetes e problemas respiratórios. No mesmo período, a expansão do PACS também se associou com reduções das hospitalizações por doenças cardiovasculares. A expansão da cobertura mostrou ser custo-efetiva (91). Outro estudo realizado em Santa Catarina percebeu algumas mudanças positivas na evolução das taxas de internações por condições sensíveis à APS, que podem estar associadas a maior cobertura e a melhor atenção recebida pela ESF (92).

Uma avaliação da presença e da extensão dos atributos da APS no município de Curitiba, realizada em 2008, que avaliou unidades de APS com ESF e unidades com modelo tradicional, demonstrou um melhor desempenho dos atributos da APS nas unidades com ESF, nas quais os profissionais de saúde também possuem melhor qualificação em APS, o que pode estar relacionado (93).

### **3.2.1. Uso e avaliação de serviços de APS por idosos no Brasil**

A discussão sobre a importância de melhorar o atendimento prestado aos idosos na APS tem sido objeto de interesse da OMS e dos sistemas de saúde em todo o mundo (94). A meta dos serviços de APS adaptarem-se às pessoas mais velhas consiste em prevenir ou postergar a perda de capacidade funcional e a incapacidade. No entanto, os indicadores de saúde raramente levam em conta esses parâmetros. Apesar de a esperança de vida ser maior

nas mulheres, estima-se que mulheres brasileiras de 60 anos irão viver 74% do restante da sua vida sem deficiência, em comparação com 83% dos homens (95).

A PNAD 2008 mostra que 73,6% da população utiliza os serviços de saúde públicos, principalmente os com baixa escolaridade, sendo o posto de saúde o local procurado por 53,8%. Entre idosos, a utilização de serviços de saúde chega a 82,3%. Doenças crônicas e autopercepção de saúde ruim são determinantes do uso de serviços de saúde, independente de outras variáveis. A associação de condições socioeconômicas, de gênero e de morbidade referida com o uso desses serviços traduz a grande necessidade de saúde por idosos do país (10;94).

Os serviços de APS assistem mais aos idosos com baixa renda e baixa escolaridade, contribuindo assim para a redução das iniquidades em saúde. A ESF também promove maior acesso aos idosos que apresentam doenças crônicas, independentemente do contexto geográfico. Além do mais, idosos com mais de 80 anos e aqueles com incapacidades são beneficiados dessas estratégias (96).

O acesso a medicamentos contínuos para doenças crônicas associou-se ao tipo de doenças crônicas, como hipertensão, diabetes, e saúde mental e a participação em grupos de educação no posto de saúde. Apesar de o acesso a medicamentos de uso contínuo ainda ser muito baixo em relação ao modelo tradicional de APS, a ESF teve um impacto maior sobre o acesso a esses medicamentos (97). Em avaliação sobre barreiras arquitetônicas, 60% das unidades básicas de saúde foram classificadas como inadequadas ao acesso de idosos (97).

O cuidado domiciliar, uma importante forma de aumentar o acesso aos serviços, também foi estudado e mostrou-se associado ao aumento da idade, à história de acidente vascular cerebral, a sinais de demência e a incapacidade para atividades diárias. A prevalência de visitas domiciliares foi maior na ESF, comparando-se com o modelo tradicional de serviços, sendo esse cuidado avaliado como positivo em 95% dos casos. Em 2/3 das visitas ocorreu melhora no estado de saúde dos entrevistados, que ficaram satisfeitos com o atendimento prestado, demonstrando qualidade no serviço de saúde domiciliar (98).

Estudo sobre o uso de serviços de saúde demonstrou que os idosos com maiores necessidade de cuidados em saúde utilizam mais o serviços ambulatoriais; porém, os idosos da região nordeste têm uma utilização inferior e mais inadequada dos serviços ambulatoriais de saúde do que aqueles pertencentes a esse serviço na região sul. Esses dados indicam provável carência na oferta dos serviços e dificuldade de acesso dos idosos aos serviços, principalmente os portadores de limitações funcionais. O uso da unidade básica de saúde de abrangência foi determinado por piores condições socioeconômicas e melhores condições de



saúde dos idosos, demonstrando que APS, embora promova a equidade, não está preparada para atender às necessidades de saúde dos idosos e para manejar adequadamente essas morbidades (99).

Dessa forma, estudar a qualidade do cuidado recebido por idosos em diferentes serviços de APS e a associação destes com indicadores de prevenção de doenças pode ser muito útil para orientar mudanças na forma de reorganização dos serviços de saúde do Brasil frente a um desafio – o cuidado de idosos, uma complexa e crescente demanda, que precisa ser atendida pelos serviços de saúde.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa/ Cadernos de Atenção Básica, número 19. Brasília: 2006.
- (2) Zurro AM, Perez JFC. Atención Primaria. 6ª ed. Madrid: S.A. Elsevier España; 2008.
- (3) Starfield B. Atención Primaria: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde. 2002.
- (4) Fries JF. Compression of Morbidity in the Elderly. *Vaccine* 2000;18:1584-9.
- (5) Pandhi N, DeVoe JE, Schumacher JR, Bartels C, Thorpe CT, Thorpe JM, et al. Preventive service gains from first contact access in the primary care home. *J Am Board Fam Med* 2011;24(4):351-9.
- (6) World Health Organization (WHO) [homepage na internet]. Ageing. [acesso em 5 jan 2011]. Disponível em: [www.who.int/ageing](http://www.who.int/ageing).
- (7) Starfield B, Shi L, Macinko J. The contribution of primary care to health systems and health. *The Millbank Quartely* 2005;83:457-502.
- (8) Jerant A, Fenton JJ, Franks P. Primary care attributes and mortality: a national person-level study. *Ann Fam Med* 2012 Jan;10(1):34-41.
- (9) Santos I, Victora CG. Serviços de saúde: epidemiologia, pesquisa e avaliação. *Cad. Saúde Pública* 2004; 20(2): 337-41
- (10) IBGE. Um Panorama da Saúde no Brasil - Acesso e utilização dos serviços de saúde e fatores de risco e proteção à saúde, 2008. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio. Rio de Janeiro: 2010.
- (11) Carvalho JAM, Garcia RA. The aging process in the Brazilian population: a demographic approach. *Cad Saúde Pública* 2003;19(3):725-33.
- (12) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) [homepage na internet]. Censo 2010. [acesso em 20 nov 2010] Disponível em: [www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010).
- (13) Hoskins I, Kalache A., Mendes S. Toward primary health care adapted to elderly people. *Rev Panam Salud Pública* 2005 May;17(5-6):444-51.

- (14) Botelho MA. Idade avançada - características biológicas e multimorbidade. *Rev Port Clin Geral* 2007;23:191-5.
- (15) Carvalho JA, Rodriguez-wong LL. The changing age distribution of the brazilian population in the first half of the 21st century. *Cad Saúde Pública* 2008;24(3):184-200.
- (16) Jamison D.T., Breman J.G., Measham A.R., Alleyne G., Claeson M., Evans D.B., et al. *Disease Control Priorities in Developing Countries*. Washington DC: Oxford University Press; The World Bank; 2006.
- (17) IBGE - BA. Encontro Nacional de Coordenadores de Saúde do Idoso. 2011.
- (18) IPEA [homepage na internet]. IPEA 2011. Disponível em: [www.ipeadata.gov.br](http://www.ipeadata.gov.br)
- (19) IBGE Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. IBGE 2003. [acesso em 2011]. Disponível em: [ww.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2003/notas\\_brasil.pdf](http://ww.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2003/notas_brasil.pdf)
- (20) Veras R. Population aging and health information from the National Household Sample Survey: contemporary demands and challenges. Introduction. *Cad Saude Publica* 2007 Oct;23(10):2463-6.
- (21) Mendes EV. *As Redes de Atenção à Saúde*. 1º ed. Belo Horizonte: ESP-MG; 2009.
- (22) McWhinney IR, Feeman T. *Manual de Medicina de Família e Comunidade*. Porto Alegre: Artmed; 2010.
- (23) Russell GM, Dahrouge S, Hogg W, Geneau R, Muldoon L, Tuna M. Managing chronic disease in ontario primary care: the impact of organizational factors. *Ann Fam Med* 2009 Jul;7(4):309-18.
- (24) Victora CG, Barreto ML, do Carmo LM, Monteiro CA, Schmidt MI, Paim J, et al. Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. *Lancet* 2011 Jun 11;377(9782):2042-53.
- (25) Schmidt MI, Duncan BB, Azevedo e Silva, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet* 2011 Jun 4;377(9781):1949-61.
- (26) Caughey GE, Virtry AI, Gilbert AL, Roughad EE. Prevalence of comorbidity of chronic diseases in Australia. *BMC Public Health* 2008 Jun;21(8):221-34.

- (27) Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model - Part 2. *JAMA* 2002 Oct 16;288(15):1909-14.
- (28) Lima-Costa MF, Barreto S, Giatti L, Uchoa E. Socioeconomic circumstances and health among the Brazilian elderly: a study using data from a National Household Survey. *Cad Saúde Pública* 2003 May;19(3):745-57.
- (29) Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet* 2011 May 21;377(9779):1778-97.
- (30) Grandes G, Sanchez A, Cortada JM, Balague L, Calderon C, Arrazola A, et al. Is integration of healthy lifestyle promotion into primary care feasible? Discussion and consensus sessions between clinicians and researchers. *BMC Health Services Research* 2008;8(213):1-12.
- (31) Chaimowicz F. Health of Brazilian elderly just before of the 21<sup>st</sup> century: current problems, forecasts and alternatives. *Rev Saude Pública* 1997 Apr;2:184-200.
- (32) van der Akker AM, Buntinx F, Metsemakers JF, Roos S, Knottnerus JA. Multimorbidity in general practice: prevalence, incidence, and determinants of co-occurring chronic and recurrent diseases. *Journal of Clinical Epidemiology* 1998 May;51(5):367-75.
- (33) Wolff JL, Starfield B, Anderson G. Prevalence, expenditures, and complications of multiple chronic conditions in the elderly. *Arch Intern Med* 2002 Nov 11;162(20):2269-76.
- (34) Feinstein AR. The pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic disease. *Journal Chronic Disease* 1970 Oct 14;23:455-68.
- (35) Valderas JM, Starfield B, Sibbald B, Salisbury C, Roland M. Defining Comorbidity: Implications for Understanding Health and Health Services. *Annals of family Medicine* 2009 Jul;7(4):357-63.
- (36) Mercer SW, Smith SM, Wyke S, O'Dowd T, Watt GC. Multimorbidity in primary care: developing the research agenda. *Fam Pract* 2009 Apr;26(2):79-80.
- (37) de Groot V. How to measure comorbidity: a critical review of available methods. *J Clin Epidemiol* 2003 Mar;56(3):221-9.

- (38) Smith SM. Chronic disease: what happens when they come in multiplies? *British Journal of General Practice* 2007 Apr;268-70.
- (39) Mercer SW, Smith SM, Wyke S, O'Dowd T, Watt GC. Multimorbidity in primary care: developing the research agenda. *Fam Pract* 2009 Apr;26(2):79-80.
- (40) Guralnik JM. Assessing the impact of comorbidity in the older population. *Ann Epidemiol* 1996 Sep;6(5):376-80.
- (41) Starfield B, Lemke KW, Bernhardt T, Foldes SS, Forrest CB, Weiner JP. Comorbidity: implications for the importance of primary care in 'case' management. *Ann Fam Med* 2003 May-Jun;1(1):8-14.
- (42) Starfield B. Co-morbidity and its challenges for quality of primary care. *Rev Port Clin Geral* 2007 May;23:179-80.
- (43) Bayliss EA, Edwards AE, Steiner JF, Main DS. Processes of care desired by elderly patients with multimorbidities. *Fam Pract* 2008 Aug;25(4):287-93.
- (44) Starfield B, Lemke KW, Herbert R, Pavlovich WD, Anderson G. Comorbidity and the use of primary care and specialist care in the elderly. *Ann Fam Med* 2005 May;3(3):215-22.
- (45) Fortin M, Dubois MF, Hudon C, Soubhi H, Almirall J. Multimorbidity and quality of life: a closer look. *Health Qual Life Outcomes* 2007;5:52.
- (46) Starfield B. Primary care, specialist care and chronic care: can they interlock? *Chest* 2011 Jan;137(1):8-10.
- (47) Peterson K. Practice-based primary care research. *Family Practice* 2006;23:149-50.
- (48) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Rastreamento/ (Cadernos de Atenção Primária, n. 29). Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
- (49) Rose G. Estratégias da Medicina Preventiva. Porto Alegre: Artmed; 2010.
- (50) The Royal Australian College of General Practitioners. Red Book. 7<sup>th</sup> ed. Australia: College House; 2009.
- (51) Parkinson MD, Ahluwalia JS, Shih DC, Barry MA, Schechter CB. Advancing Aspirin Utilization: a review of clinical and systems-based interventions. *American Journal of Medical Quality* 2010;25(5):351-8.
- (52) Galvão C. Actividades preventivas no idoso. *Rev Port Clin Geral* 2006;22:731-7.

- (53) Gray JAM. Evidence-based Healthcare: how to make health policy and management decisions. Second edition. Scotland: Elsevier; 2001.
- (54) Bastos GAN, Duca GF, Hallal PC, Santos IS. Utilização de serviços médicos no sistema público de saúde no Sul do Brasil. Rev Saúde Pública 2011;45(3):475-84
- (55) Bastos GAN. Utilização de serviços de saúde por comunidades em vulnerabilidade social em uma capital do sul do Brasil. Porto Alegre. Tese [Doutorado em Epidemiologia] – Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2011.
- (56) Sespas [homepage na internet]. Situación actual y futuro de la atención primária. Informe SESPAS 2002. [acesso em 2010]. Disponível em: [www.sespas.es/informe2002/cap19.pdf](http://www.sespas.es/informe2002/cap19.pdf)
- (57) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) [homepage na internet]. Sobre a condição de saúde dos idosos: indicadores selecionados. Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil 2009. [acesso em 2009]. Disponível em: [www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic\\_sociosaude/2009](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009)
- (58) Proyecto AP-21. Marco Estratégico para la mejora de la atención primária en España: 2007-2012. Sanidad. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
- (59) Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional da Saúde da Pessoa Idosa. 2006.
- (60) Costa LVA. Política Nacional do Idoso. Perspectivas para o futuro. Anais do I Seminário Internacional Envelhecimento Populacional: uma agenda para o final do século. 1996.
- (61) Fernandes MGM, Santos SR. Políticas públicas e direitos do idoso: desafios da agenda social do Brasil contemporâneo. Doutorado – [Programa de Pós-Graduação em Sociologia] CCHLA/UFPB; 2011.
- (62) Brasil: Ministério da Saúde. Estatuto do Idoso. 2º edição. Brasília: 2008.
- (63) Brasil. Ministério da Saúde. Caderneta da saúde da pessoa idosa. Brasília: 2010.
- (64) Gastão WDSC. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Editora Hucitec; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2007.
- (65) Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. Cad Saúde Pública 2008;24(1):7-27.

- (66) Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Editora Fiocruz. 2008.
- (67) Organização Pan-Americana da Saúde/ OMS. Documento de Posicionamento da Organização Pan-Americana de Saúde. Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas. 2005.
- (68) Starfield B. The future of primary care: refocusing the system. N Engl J Med 2008 Nov 13;359(20):2087, 2091.
- (69) Brasil. Ministério da Saúde. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: *primary care assessment tool pcatool* - Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: 2010.
- (70) Bodenheimer T., Lo B., Casalino B. Primary care physicians should be coordinators, not gatekeepers. JAMA 1999 Jun 2;281(21):2045-9.
- (71) Trad LAB, Bastos ACS. The socio-cultural impact of the family health program: an evaluation proposal. Cad Saude Publica 1998 Apr;14(2):429-35.
- (72) Conill EM, Fausto M, Giovanella L. Contribuições da análise comparada para um marco abrangente na avaliação de sistemas orientados pela atenção primária na América Latina. Rev Bras Saúde Matern Infant 2010 Nov;10(1):15-27.
- (73) Flexner A. Medical education in the United States and Canada. From the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, Bulletin Number Four, 1910. Bull World Health Organ 2002;80(7):594-602.
- (74) Mainz J. Quality indicators: essential for quality improvement. International Journal for Quality in Health Care 2004;16(1):i1-i2.
- (75) Reis EJFB, Santos FP, Campos EE, Acúrcio FA, Leite MTT, Leite MLCL, et al. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. Cad Saúde Pública 1990;6(1).
- (76) Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. Milbank Memorial Fund Quarterly 1966;44:166-203.
- (77) Brito TA, Jesus CS. Avaliação de serviços de saúde: aspectos conceituais e metodológicos. Revista Digital 2009 Dec;14(139).
- (78) Donabedian A. The quality of medical care. Science 1978 May 26;200(4344):856-64.

- (79) Hulka BS, Kupper LL, Cassel JC. Physician Management in Primary Care. *Am J Public Health* 1976;66:1173-9.
- (80) Donabedian A. The seven pillars of quality. *Arch Pathol Lab Med* 1990 Nov;114(11):1115-8.
- (81) Viacava F, Almeida C, Caetano R, Fausto M, Macinko J, Martins M., et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva* 2004;9(3):711-24.
- (82) World Health Organization. *The World Health Report 2008 – Primary Health Care: Now More Than Ever*. 2008.
- (83) Caldeira AP, Oliveira RM, Rodrigues OA. Qualidade da assistência materno-infantil em diferentes modelos de Atenção Primária. *Ciência & Saúde Coletiva* 2010;15(2):3139-47.
- (84) Kawachi I. Primary healthcare as a determinant of population health: a social epidemiologist's view. In: Gert PW, Lea J, Fraçõis GS. *Morbidity, performance and quality in primary care*. UK: Radcliffe Publishing Ltd. 2006.
- (85) Flocke SA. Measuring attributes of primary care: development of a new instrument. *Journal of Family Practice* 1997;45(1):64-75.
- (86) Paniz VMV, Fassa AG, Facchini LA, Bertoldi AD, Piccini RX, Tomasi E, et al. Acesso a medicamentos de uso contínuo em adultos e idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008 Feb;24(2):267-80.
- (87) Maloin RA, Starfield B, Sepulveda MJ. Evaluating the Tools Used To Assess the Medical Home. *Managed Care* 2010 Jun;44-8.
- (88) Macinko J, Guanais FC, Souza MFM. Evaluation of the impact of the family health. *J Epidemiol Comm Health* 2006;60:13-9.
- (89) Cassady CE, Starfield B, Hurtado MP, Berk PA, Nanda JP, Friedenberg LA. Measuring consumer experiences with primary care. *Pediatrics* 2000 Apr;105(4):998-1003.
- (90) Aquino R, Oliveira NF, Barreto ML. Impact of the family health program on infant mortality in Brazilian municipalities. *Am J Public Health* 2009 Jan;99(1):87-93.
- (91) Guanais F, Macinko J. Primary care and avoidable hospitalizations: evidence from Brazil. *J Ambul Care Manage* 2009 Apr;32(2):115-22.



- (92) Elias E, Magajewski F. A Atenção Primária à Saúde no sul de Santa Catarina: uma análise das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial, no período de 1999 a 2004. *Rev Bras Epidemiol* 2008;11(4):633-47.
- (93) Chomatas E. Avaliação da presença e extensão os atributos da Atenção Primária na rede básica de saúde no município de Curitiba. Porto Alegre. Dissertação. [Mestrado em Epidemiologia] – Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007.
- (94) Louvison MCP, Lebrão ML, Duarte VAO, Santos JLF, Malik KAM, Almeida ES. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. *Rev Saúde Pública* 2008;42(4):733-40.
- (95) Peláez M. La construcción de las bases de la buena salud en la vejez: situación en las Américas. *Rev Panam Salud Pública* 2005;17(5/6):299-306.
- (96) Rodrigues MA, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, et al. Use of primary care services by elderly people with chronic conditions, Brazil. *Rev Saúde Pública* 2009;43(4).
- (97) Siqueira FCV, Facchini LA, Silveira DS, Piccini RX, Thumé E, Tomasi E. Barreiras arquitetônicas a idosos e portadores de deficiência física: um estudo epidemiológico da estrutura física das unidades básicas de saúde em sete estados do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* 2009;14(1):39-44.
- (98) Thumé E, Facchini LA, Tomasi E, Vieira LAS. Home health care for the elderly: associated factors and characteristics of access and health care. *Rev Saúde Pública* 2010;44(6):1-9.
- (99) Rodrigues PAM, Facchini L.A, Piccinni RX, Tamasi E, Thumé E, Silveira DS, et al. Uso de serviços básicos de saúde por idosos portadores de condições crônicas. *Lancet* 2009;43(4):604-12.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo Principal:**

Avaliar a qualidade dos serviços públicos provedores de APS em Porto Alegre na prestação do cuidado aos idosos.

### **Objetivos Específicos:**

Avaliar o grau de orientação à APS dos diferentes tipos de serviços da rede pública de APS de Porto Alegre por meio da experiência dos idosos usuários dos serviços.

Avaliar a associação entre o grau de orientação à APS dos serviços públicos de APS de Porto Alegre e a realização de práticas preventivas baseadas em evidências recomendadas no cuidado aos idosos.

## **ARTIGO**

(Artigo no modelo do Cadernos de Saúde Pública)

**Avaliação da qualidade do cuidado a idosos nos serviços da rede pública de Atenção Primária à Saúde de Porto Alegre**

Elise Botteselle de Oliveira<sup>1</sup>

Mary Clarisse Bozzetti<sup>1</sup>

Erno Harzheim<sup>1</sup>

1- Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Correspondência:

Elise Botteselle de Oliveira

Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Rua Oito de Julho, 95/202, Porto Alegre, RS, Brasil, CEP 90690240, [elisebot@gmail.com](mailto:elisebot@gmail.com)

**Resumo**

**Introdução:** O envelhecimento populacional gera maiores necessidades em saúde e torna-se um desafio para os serviços de saúde. A Atenção Primária à Saúde (APS) tem papel fundamental na promoção do envelhecimento saudável e no controle das multimorbidades. Este estudo tem por objetivo avaliar a qualidade dos serviços públicos provedores de APS em Porto Alegre na prestação do cuidado aos idosos.

**Métodos:** Estudo transversal de base populacional, realizado em 2007, que entrevistou 212 idosos atendidos nos 4 tipos de serviços públicos da cidade, as unidades Básicas de Saúde (UBS), as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), o Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (SSC/GHC) e o Centro de Saúde Escola Murialdo (CSEM).

**Resultados:** Houve diferença significativa para os atributos acesso-utilização, longitudinalidade, coordenação do cuidado e dos sistemas de informações, orientação familiar e comunitária. O SSC/GHC apresentou uma prevalência de 55,8% do alto escore geral de APS, números superiores aos demais serviços. O escore geral das práticas preventivas mostrou uma diferença significativa quando comparados os serviços em relação ao escore geral de APS, com média de 3,9 entre os idosos que referiram baixo escore e 5,9 entre os que referiram alto escore.

**Discussão:** Os resultados mostram escores baixos em todos os tipos de serviços. Os serviços com alto escore geral de APS apresentam prevalências maiores de práticas preventivas.

**Conclusão:** Serviços orientados à APS apresentam-se mais efetivos e oferecem melhores cuidados preventivos recomendados para os idosos.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde, envelhecimento, idosos, multimorbidades, avaliação de serviços de saúde.

**Abstract**

**Introduction:** The increasing longevity creates an increased demand for health services and becomes a challenge for health care system. Primary Health Care (PHC) has a fundamental role in promoting healthy aging and in control of multimorbidity. This study aims to assess the quality of care provided to elderly patients in public PHC in Porto Alegre.

**Methods:** Cross sectional population based study conducted in 2007, interviewed 212 elderly patients from 4 types of city's public services, the Basic Health Units (BHU), the Family Health Strategy (FHS) teams, the Conceição Hospital Group Service of Community Health (CHG/SCH) and the Murialdo Health Center School (MHCS). **Results:** There were significant differences for the attributes: access-utilization, longitudinality, care coordination and information systems, family and community orientations. The CHG/SCH had a prevalence of 55.8% of the overall high score of PHC, higher numbers than other services. Overall score of preventive practice showed a significant difference when compared the services to the overall PHC score, with an average of 3.9 among the elderly who reported low score and 5.9 among those reporting high score.

**Discussion:** The results show low scores in all types of services. The services with a high overall PHC score have higher preventive practice prevalence.

**Conclusion:** PHC-oriented services have become more effective and offer better preventive care recommendation for the elderly.

**Keywords:** Primary Health Care, population aging, elderly, multimorbidity, evaluation of Primary Health Care.

## Introdução

Porto Alegre é a capital brasileira com a maior proporção de idosos, 15% da população têm hoje mais de 60 anos. O envelhecimento populacional é uma resposta à mudança de fenômenos demográficos e de saúde, especialmente a queda da fecundidade e da mortalidade e o aumento da esperança de vida (1-4). Com o aumento da longevidade nas últimas décadas, também ocorreu um aumento do número de doenças crônicas, que, nos idosos, tendem a ser múltiplas (5). Os sistemas de serviços de saúde, que antes lidavam com problemas agudos, hoje precisam atender às necessidades dos idosos, com uma variedade de fatores de risco, condições crônicas e incapacidades, tendo havido acréscimo na demanda pelos serviços (6).

A Atenção Primária à Saúde (APS) desempenha um papel essencial na promoção do envelhecimento saudável, já que está ativamente envolvida na gestão da saúde dos idosos, no diagnóstico e no manejo de suas multimorbidades e na prevenção de fatores de risco para doenças crônicas (7). O cuidado a idosos representa cerca de 40 a 50% da atividade total do médico de família e mais de 50% das prescrições em APS, 75% dessas usadas para tratamento ou prevenção de doenças crônicas de forma contínua (8). A APS pode ser vista como uma estratégia para fortalecer os sistemas de saúde que visa a aprimorar a efetividade dos serviços e garantir a equidade na sua oferta (9).

*Starfield* sistematizou as características próprias da APS e seus componentes fundamentais e criou uma definição operacional, possibilitando estabelecer o grau de orientação à APS, mediante a presença e a extensão de seus atributos, tanto essenciais como derivados. Os atributos essenciais abordam o papel da APS como: porta de entrada para o sistema de saúde, exceto em situações de emergência (acesso de primeiro contato); a manutenção de vínculo pessoal e continuado do paciente com um profissional ou um serviço de saúde (longitudinalidade); a capacidade de disponibilizar uma ampla gama de serviços e de resolver problemas (integralidade); o atendimento dos problemas tratados em outros serviços (coordenação). Os atributos derivados abordam a medida em que a APS se concentra na saúde dos indivíduos no contexto da família (orientação familiar), no enfrentamento dos problemas de saúde da comunidade (orientação comunitária) e nos relacionamentos com pessoas de diferentes grupos e culturas (competência cultural) (9-11). A mesma autora criou o *Primary Care Assessment Tool* (PCATool), uma ferramenta que avalia aspectos da estrutura e do processo dos serviços de APS, baseada no conceito dos atributos da APS, por meio da coleta de informações do ponto de vista do usuário, do profissional e do gestor dos serviços (9;11).

A natureza longitudinal do cuidado em APS proporciona múltiplas oportunidades para a realização de intervenções que tenham demonstrado sua capacidade para reduzir a morbidade, melhorando a qualidade de vida dos idosos ou evitando morbidades prematuras (12). Ultimamente, tem-se dado maior importância às atividades preventivas e de promoção da saúde, na busca de formas mais efetivas e menos custosas de cuidado e, por consequência, de avaliações de custo e de resultados. Estudos recentes demonstram que a adoção de um estilo de vida saudável pode prevenir 60% da mortalidade prematura e acrescentar 14 anos à expectativa de vida (13). Apesar da evidência forte da efetividade das práticas preventivas, o seu uso permanece ainda muito baixo; nos EUA, por exemplo, somente 28% dos fumantes recebem orientações ou tratamento para cessação do tabagismo (14).

No momento do estudo, a rede pública de APS em Porto Alegre possuía 4 tipos de serviços distintos: as Unidades Básicas de Saúde (UBS) com modelo tradicional de atendimento, que atendiam 800 mil pessoas; as unidades com equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), implantadas na cidade desde 1996, apresentavam cobertura de 15,6% e atendiam mais de 200 mil pessoas; as 12 unidades do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (SSC/GHC), instaladas na zona norte da cidade desde a década de 80, que eram responsáveis por mais de 120 mil pessoas e as 7 unidades do Centro de Saúde Escola Murialdo (CSEM), que cobriam em torno de 60 mil pessoas, com início da sua implantação em 1974 na zona leste da cidade desde 1974. Estas últimas estão em processo de municipalização e conversão em equipes de ESF. Tanto o SSC/GHC quanto o CSEM são historicamente centros de saúde-escola formadores de recursos humanos para a APS, com residência multiprofissional e de medicina de família e comunidade; porém, com início recente da incorporação de agentes comunitários de saúde às suas equipes. Devido à existência de outros modelos de APS em Porto Alegre anteriores à criação da Estratégia Saúde da Família (ESF), que se mantêm atuando concomitantemente, torna-se importante estudar o papel dos diferentes serviços de saúde da cidade.

São poucos os estudos que avaliam o impacto da APS na saúde dos idosos e sua resposta às dificuldades e aos desafios gerados pelo envelhecimento populacional. Frente a essa lacuna, este estudo tem como objetivo avaliar a qualidade dos diferentes serviços públicos provedores de APS em Porto Alegre na prestação do cuidado aos idosos e a sua associação com a realização de práticas preventivas baseadas em evidências.



## Métodos

Os dados utilizados neste trabalho foram provenientes do estudo transversal de base populacional intitulado "Avaliação da qualidade do processo de atenção e da sua efetividade sobre a saúde do adulto no Programa Saúde da Família e em modelos alternativos no município de Porto Alegre", realizado no período de julho de 2006 a agosto de 2007 (15).

A amostragem foi feita por conglomerado de serviços, estratificada por distrito de saúde e proporcional à população adscrita a cada serviço. Os domicílios foram selecionados de forma sistemática para cada unidade, tendo-se estudado 50% das unidades de UBS e ESF e a totalidade das unidades do SSC/GHC e do CSEM. O critério de adscrição às áreas geográficas cobertas pela rede pública de APS foi utilizado apenas para a seleção dos participantes, avaliando-se os serviços de saúde referidos como de uso preferencial pelos entrevistados.

Os indivíduos que aceitaram livremente participar da pesquisa foram entrevistados em seus domicílios por entrevistadores devidamente treinados. Entre os 3014 entrevistados no projeto, foram considerados para o presente estudo, os indivíduos maiores de 60 anos residentes nas áreas geográficas cobertas pela rede pública de APS.

Foram aplicados o Instrumento de Avaliação da APS (*PCATool-Brasil*) (15), um questionário sobre satisfação com serviço de saúde (16) e um conjunto de perguntas estruturadas sobre variáveis socioeconômicas e demográficas, fatores de risco cardiovasculares, uso de medicamentos, processo de atenção (orientações preventivas, vacinação) e avaliação de saúde. Além disso, foram realizadas medidas antropométricas, incluindo peso, altura, circunferência do quadril e da cintura e pressão arterial. Os dados foram apropriados por meio de digitalização e verificação com o *software Teleform®*.

O instrumento validado *PCATool-Brasil* mede a presença e a extensão dos quatro atributos essenciais (acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação) e de dois atributos derivados (orientação familiar e orientação comunitária) da APS e o grau de afiliação do usuário ao serviço de saúde (10). Esse instrumento possibilita, por meio de respostas tipo *Likert* (4=com certeza sim, 3 = provavelmente sim, 2 = provavelmente não e 1= com certeza não), construir escores de APS com intervalo de 1 a 4 para cada atributo, posteriormente transformados em uma escala de 0 a 10. O escore final de cada um desses atributos é formado pela média das respostas de seus itens (perguntas). A média dos escores de todos os atributos e seus componentes produz o escore geral de APS. Esse escore permite agrupar os serviços de saúde em alto grau de orientação à APS quando

assume valores maiores ou iguais a 6,7 e em baixo grau quando assume valores menores de 6,7 (10).

O escore de práticas preventivas foi construído com o objetivo de ser uma medida resumo das atividades preventivas que devem ser realizadas em idosos. A prevalência das práticas preventivas pertinentes a cada subgrupo foram obtidas por respostas dicotômicas (0=ausência e 1=presença). A partir dessas variáveis, obteve-se o escore médio das práticas preventivas realizadas em cada sub grupo, posteriormente transformadas para que o escore assumisse valores de 0 a 10. Esse escore foi utilizado para comparar a qualidade do cuidado prestado aos idosos entre os serviços com alto e baixo escore de APS.

Os escores médios de cada atributo da APS por tipo de serviço foram estimados pela metodologia de modelo misto, que permite considerar a estrutura da amostra, na qual as unidades de saúde estão aninhadas ao tipo de serviço (17). Nesse modelo, o tipo de serviço de APS, que representa as categorias sobre as quais se deseja fazer inferência, foi considerado como efeito fixo e as unidades de saúde, que constituem uma amostra das unidades de saúde estudadas, foram consideradas como efeito aleatório. Dessa maneira, as estimativas para o tipo de serviço contemplam a variabilidade dentro das unidades de saúde e também entre essas unidades Além disso, ao contemplar efeitos aleatórios, é possível inferir os resultados para a população (18).

No caso da suposição de dados com distribuição normal não satisfeita (coordenação - sistema de informação e orientação familiar), optou-se pela classe de modelos lineares generalizados, na qual são permitidos os ajustes de efeito fixo com dados que não sejam de distribuição normal. Esses modelos, ao serem estendidos para o ajuste de modelos mistos, são chamados modelos lineares generalizados mistos e também permitem incorporar efeitos aleatórios (19). Para a comparação dos escores médios de APS entre os 4 serviços avaliados, foi utilizado o teste de comparação múltipla de *Tukey*. Essas análises foram realizadas no *software* SAS 9.1, utilizando-se os procedimentos *Mixed* e *Glimmix* (20).

Na comparação de médias, utilizou-se o teste *T de Student* para amostras independentes. No caso da comparação entre proporções, foi utilizado o teste de comparação para proporções associado à estatística  $\chi^2$ . Essas análises foram realizadas no pacote estatístico STATA 9.0, levando-se em consideração a estratégia de amostragem (*clusters*) através do método de linearização de *Taylor* (21). Dessa maneira, pôde-se incorporar correções nas estimativas de variabilidade, permitindo a adequação da análise ao plano amostral. Foi adotado o nível de significância de 5% para todas as análises estatísticas.

O projeto desse estudo foi submetido aos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, do Hospital de Clínica Porto Alegre, do Grupo Hospitalar Conceição, da Escola de Saúde Pública/RS e da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, tendo sido aprovado por todos. Os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e foi mantida a confidencialidade dos dados coletados. Maiores detalhes sobre a metodologia do estudo inicial podem ser consultados na publicação de seu protocolo de pesquisa, intitulado "*Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil*", disponível no endereço <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/6/156>.

## **Resultados**

Entre os 3014 usuários entrevistados no estudo inicial, foram identificados 212 idosos (Figura 1), distribuídos entre os serviços públicos de APS da seguinte maneira: 62 nas UBS, 75 nas equipes da ESF, 32 nos postos do CSEM e 43 nas unidades do SSC/GHC. Houve um predomínio de mulheres (59,9%), da cor branca (67,9%), com companheiro (60,38%) e classe social C, D e E (74,5%). Com relação ao estado de saúde, a prevalência de hipertensão arterial foi maior em UBS (74,2%) e a prevalência de diabéticos foi de 25% e 30,2% no CSEM e SSC/GHC, respectivamente (Tabela 1).

A presença de duas ou mais doenças crônicas chegou a 96,8% no CSEM. Já o estado de saúde autorreferido como bom ou muito bom foi de 69,3% na ESF e 71,9% no CSEM. 22,07% e 21,88% dos entrevistado na ESF e no CSEM, referiram ser tabagistas. O vínculo com o serviço foi maior no SSC/GHC, em que 95,1% dos entrevistados referiram ser atendidos há mais de dois anos nesse serviço. Em relação a ter consultado nos últimos 12 meses, a população atendida no SSC/GHC foi maior (79,7%), seguida da população atendida na ESF (78,3%) (Tabela 1). 34,6% dos entrevistados referiam ter um médico de referência, e não apenas um serviço.

A comparação do grau de orientação à APS entre os idosos dos diferentes serviços de APS foi significativa para os seguintes atributos: acesso-utilização, longitudinalidade, coordenação do cuidado, coordenação dos sistemas de informações, orientação familiar e orientação comunitária. O mesmo ocorreu para os escores essencial e geral, sendo o SSC/GHC superior aos demais, em comparação com a unidade de referência (UBS) (Tabela 2).

O SSC/GHC também apresentou diferença para integralidade – serviços disponíveis e orientação familiar – em relação à ESF, para orientação comunitária em comparação com o

CSEM, para o escore essencial em relação à ESF e ao CSEM e no escore geral também em relação à ESF e ao CSEM. O escore geral da APS também foi significativamente diferente entre os três serviços avaliados e o serviço base de comparação, a UBS (Tabela 2). Na Tabela 2, na qual também é apresentada a frequência de alto escore entre estes serviços, o SSC/GHC apresentou uma prevalência de 55,8% de alto escore essencial e 55,8% de alto escore geral, números superiores aos demais serviços em relação à presença dos atributos da APS.

Fazendo referência ao processo de atenção e à qualidade do cuidado dos idosos, a Tabela 3 apresenta diferenças entre os serviços com alto e baixo grau de orientação à APS. São significativas e superiores nos serviços com alto escore as orientações de atividade física, dieta saudável e higiene bucal, para a população geral; orientação para cuidado dos pés, encaminhamento para dentista e uso de metformina, para os pacientes portadores de diabetes; solicitação de exame de urina e perfil lipídico e medida da altura, para os pacientes portadores de mais de uma doença crônica. Além disso, a medida de satisfação com a última consulta também foi melhor nos serviços com alto escore. As demais medidas de resultado não mostraram diferenças significativas. O escore geral das práticas preventivas mostrou uma diferença significativa entre os serviços avaliados, com média de 3,9 entre os idosos que referiram baixo Escore Geral de APS e 5,9 entre os que referiram utilizar serviços com alto Escore Geral de APS (Tabela 3).

## **Discussão**

O grau de orientação à APS dos diferentes tipos de serviços da rede pública de APS de Porto Alegre, medido por meio da experiência dos idosos usuários desses serviços, revelou-se ser muito baixo. Já a associação entre o grau de orientação à APS dos serviços públicos de APS de Porto Alegre e a qualidade do cuidado a idosos mostrou que os serviços com alto escore de APS estão associados com a presença maior de práticas preventivas baseadas em evidências recomendadas a essa parcela da população.

A maior prevalência de consultas nos últimos 12 meses nos serviços da ESF e SSC/GHC demonstra que esses são serviços acessíveis à população de sua responsabilidade. Todos os serviços apresentaram alto escore do atributo acesso-utilização e escores abaixo do ponto de corte de 6,7 para acessibilidade. A UBS, apesar de ser acessível, possui escores muito baixos em relação à coordenação e à integralidade, além de sua baixa orientação comunitária. O atributo coordenação do cuidado atingiu um baixo grau, ou seja, abaixo do limite para atingir o alto escore (6,7) em todos os serviços avaliados, mas ainda é melhor na

ESF e no SSC/GHC. O vínculo da comunidade com seu serviço de referência é maior no SSC/GHC. A medida da longitudinalidade, característica necessária para atender as demandas geradas pelas condições crônicas presentes nessa população, atinge alto grau apenas na ESF e no SSC/GHC.

Em resumo, os escores de APS que determinam o grau de orientação à APS alcançado pelos serviços são maiores no SSC/GHC em relação à UBS e aos demais; porém, extremamente baixos em todos os serviços. Somente o SSC/GHC atinge alto escore essencial e geral de APS. O tempo de implantação maior do SSC/GHC, assim como o conhecimento sobre o serviço prestado ao longo do tempo e o sistema informatizado, podem ser fatores predisponentes ao acesso, ao vínculo maior dessas equipes com os usuários, e aos melhores escores encontrados nesse serviço.

As práticas preventivas apresentaram prevalências significativamente maiores entre os usuários dos serviços de alto escore de APS, são elas: orientações para prática de exercícios, dieta saudável, higiene bucal, referência para dentista, orientação sobre cuidados e exame anual dos pés, uso de metformina, solicitação de exame de urina e perfil lipídico, assim como medida do peso na última consulta e altura em alguma consulta. Os idosos usuários de serviços de APS com alto escore recebem melhores cuidados preventivos, justificados pelas intervenções para promover estilo de vida saudável, cuidados em saúde bucal e rastreamento de obesidade e de complicações de doenças crônicas.

Apesar de não serem significativas, houve diferenças marcantes entre os escores de APS em favor do alto escore para rastreamento de hipertensão arterial e retinopatia diabética, uso de AAS profilático, vacinação contra influenza sazonal e orientações para cessação de tabagismo e cessação ou diminuição do hábito de beber. O escore de práticas preventivas é também maior nos serviços com alto escore de APS, mostrando que o cuidado de idosos nos serviços com alto escore de APS envolve detecção de fatores de riscos, intervenções com intuito de mudar positivamente comportamentos e controle de multimorbidades.

A natureza longitudinal do cuidado em APS proporciona múltiplas oportunidades para se realizarem intervenções preventivas e cuidados de condições crônicas. O potencial da APS no atendimento de idosos, no controle de condições crônicas e na prestação de serviços preventivos é ainda pouco explorado, assim como a sua influência nos determinantes de saúde e no processo de adoecimento e dos seus efeitos na saúde da população a longo prazo. O *Primary Care Medical Home* (PCMH), o novo modelo de APS dos Estados Unidos, que pretende expandir o acesso e prover APS de qualidade, está positivamente associado a receber mais serviços preventivos e estar com cuidados preventivos em dia. Os princípios do PCMH

facilitam o cuidado mais oportuno, a longitudinalidade e a coordenação do cuidado e já demonstraram prestar melhor gerenciamento do cuidado das condições crônicas e reduzir internações desnecessárias e idas à emergência ou a serviços de pronto-atendimento (22;23).

*Piccini et al* avaliaram serviços do sul e do nordeste do país quanto à provisão de APS para idosos, comparando atividades realizadas em equipes de ESF e UBS, e encontraram maior envolvimento das equipes de saúde no cuidado aos idosos e maior utilização desses serviços, medidos por meio de número de consultas, acesso a medicamentos, participação em grupos de idosos com doenças crônicas e atendimento domiciliar, nas áreas cobertas pela ESF, em comparação com a UBS (24-27).

Os escores da APS, apesar de muito baixos, são maiores para idosos em relação aos alcançados quando se estudaram os adultos maiores de 18 anos de Porto Alegre. Os serviços de APS da cidade, ainda que não possam ser considerados provedores de uma APS de qualidade, estão lidando com a presença de maiores necessidades em saúde para a parcela da população idosa, o que demonstra o papel da APS como estratégia para alcançar equidade em saúde (9;28). Em Curitiba, cujo sistema de saúde tem forte orientação à APS desde a década de 1970, uma avaliação feita com profissionais da saúde mostrou escores maiores que os encontrados para adultos e idosos em Porto Alegre, especialmente na ESF (29). Porém, em São Paulo, estudo que avaliou UBS e ESF, os escores produzidos pela avaliação de gestores e profissionais foram sempre melhores que os escores baseados na percepção dos usuários. (30).

O desenho de natureza transversal e a amostra pequena são limitações do estudo, mas também podem ser explicações para a magnitude pequena das diferenças encontradas entre os serviços. Esperaria-se que essas diferenças fossem maiores se estudássemos uma amostra maior da população idosa atendida nos serviços provedores de APS da cidade. Além da temporalidade, inerente ao desenho do estudo, avaliou-se a atitude do profissional, uma medida de processo. Não foi avaliado a adesão dos pacientes às orientações e recomendações como uma medida da efetividade das intervenções, nem a modificação de desfechos.

As informações foram coletadas de acordo com o recordatório dos pacientes, sendo que o viés de memória, a idade avançada e a presença de multimorbidades também podem ser limitações nesse estudo. A evidência direta de que perguntar sobre hábitos de vida no contexto da avaliação de risco ou posterior a um conselho profissional mude as atitudes ou se transforme em resultados positivos é questionável. A essas limitações se somam as dificuldades para se avaliar as atividades preventivas, cuja efetividade deve ser valorizada principalmente a longo prazo (5). O escore de práticas preventivas foi construído para

sintetizar as informações, mas não é uma escala validada, e pode também ser uma limitação. Não foram avaliados o tempo de implantação de cada tipo de serviço e de cada equipe, nem a presença de apoio social, dois fatores que podem influenciar tanto na utilização dos serviços como na qualidade do cuidado aos idosos.

Apesar de as mudanças de comportamentos serem influenciadas por múltiplos fatores, há evidências relativas de que as recomendações dadas pelos médicos têm forte influência nessas mudanças. No entanto, não há dúvidas de que a modificação do estilo de vida, por meio da combinação da diminuição do consumo de álcool, da cessação do tabagismo, da prática regular de exercícios e da manutenção de uma dieta saudável, leve a uma redução da morbimortalidade (5;13).

Em Porto Alegre, devido a sua especificidade e suas variadas formas de prover APS, é necessário investigar o efeito que os serviços com alto escore de APS produzem na morbimortalidade da população idosa da cidade. Pode-se também mensurar a magnitude da efetiva incorporação, à prática clínica da APS, de medidas preventivas custo-efetivas e equilibradas à prevenção oportuna.

É incompreensível que a cidade berço da medicina de família e comunidade no país, que possui três residências na área e um serviço diferenciado na cidade para se espelhar - o SSC/GHC, apresente baixa cobertura da ESF, tenha cerca de 30% de suas equipes permanentemente sem médicos e pobre vínculo com as comunidades, esteja investindo em Unidades de Pronto-atendimento (UPA) em vez de núcleos de apoio à saúde da família (NASF) e siga utilizando o modelo tradicional, o serviço com pior grau de orientação à APS. Isso se reflete em serviços de saúde que não atingem escores adequados para proporcionar à população serviços de qualidade e que não conseguem prestar adequadamente um cuidado preventivo comprovadamente eficaz.

### **Conclusões e Recomendações**

Ao possuir características fundamentais e orientadas à APS, os serviços de saúde apresentam-se mais efetivos e oferecem melhores cuidados preventivos recomendados para os idosos. Essas atividades estão principalmente relacionadas à prevenção de doenças como hipertensão e diabetes, condições crônicas prevalentes e fatores de risco para doenças cardiovasculares, incapacidades e mortes prematuras. O sistema de saúde precisa ser remodelado para enfrentar os desafios da multimorbidade e do processo de envelhecimento. Para isso, é preciso superar o sistema fragmentado ainda vigente no SUS e explorar o potencial da APS na gestão do cuidado dos idosos e na organização das redes de atenção.

A flexibilização da ESF, o retrocesso na conversão da rede de APS e o fortalecimento das UPAs como porta de entrada do sistema, bem como a não incorporação de inovações e de modelos de atenção comprovadamente efetivos são os principais obstáculos a serem enfrentados atualmente na tentativa de prover uma APS forte, integral e de qualidade. Pacientes idosos e suas famílias apresentam necessidades diferentes, que não são adequadamente satisfeitas por uma organização e uma cultura marcadas pelo atendimento equivocadamente centrado nas condições agudas e nos serviços de emergência.

### **Colaboradores**

Elise Botteselle de Oliveira participou da concepção do estudo, revisão da literatura, construção e revisão da base de dados, análise dos resultados, construção das tabelas e redação do texto.

Mary Clarisse Bozzetti e Erno Harzheim participaram da concepção do estudo, análise e discussão dos resultados e revisão do texto.

### **Conflito de interesse**

Os autores declaram não haver nenhum conflito de interesse.

### **Instituições financiadoras**

CAPES, CNPq e FAPERGS.



## Referências

- (1) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa/ Cadernos de Atenção Básica, número 19. Brasília: 2006.
- (2) Brasil. Ministério da Saúde. Caderneta da saúde da pessoa idosa. 2010.
- (3) Carvalho JAM., Garcia RA. The aging process in the Brazilian population: a demographic approach. *Cad Saúde Pública* 2003;19(3):725-33.
- (4) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) [homepage na internet]. [acesso em 29 nov 2010]. Disponível em: [www.ibge.com.br](http://www.ibge.com.br)
- (5) Haggerty J, Fortin M, Beaulieu M, Hudon C, Loignon C, Prévile M, et al. At the interface of community and healthcare systems: a longitudinal cohort study on evolving health and the impact of primary healthcare from the patient's perspective. *BMC Health Services Research* 2010;10:258.
- (6) Mendes EV. *As Redes de Atenção à Saúde*. 1ª edição. Belo Horizonte: ESP-MG; 2009.
- (7) Wagner EH. Chronic Disease Management: what will it take to improve care for chronic illness? *Effective Clinical Practice* 1998;1(1):2-4.
- (8) López MIV, Morata JLG, Jiménez MM, López MMV, Cavanillas AB. Intervenciones sanitarias en atención primaria que disminuyen la hospitalización por Ambulatory Care Sensitive Conditions en mayores de 65 años. *Aten Primaria* 2007;39(10):525-34.
- (9) Starfield B. *Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília : UNESCO, Ministério da Saúde. 2002.
- (10) Brasil. Ministério da Saúde. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: *primary care assessment tool pcatool* - Brasil / Ministério da

Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: 2010.

- (11) Berra S, Rocha KB, Rodriguez-Sanz M., Pasarin MI, Rajmil L, Borell C, et al. Properties of a short questionnaire for assessing Primary Care experiences for children in a population survey. *BMC Public Health* 2011;11(285).
- (12) Zurro AM, Perez JFC. *Atención Primaria*. 6<sup>a</sup> ed. Madrid: S.A. Elsevier España; 2008.
- (13) Grandes G, Sanchez A, Cortada JM, Balague L, Calderon C, Arrazola A, et al. Is integration of healthy lifestyle promotion into primary care feasible? Discussion and consensus sessions between clinicians and researchers. *BMC Health Services Research* 2008;8(213):1-12.
- (14) *Healthy Lives, Healthy People: Our strategy for public health in England Presented to Parliament by the Secretary of State for Health by Command of Her Majesty*. 2010.
- (15) Harzheim E, Duncan BD, Stein AT, Cunha CRH, Gonçalves MR, Trindade TG, et al. Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. *BMC Health Services Research* 2006;6:156.
- (16) Kloetzel K, Bertoni AM, Irazoqui MC, Santos RN, Campos VGC. Controle de qualidade em atenção primária à saúde. I – A satisfação do usuário. *Cad Saúde Pública* 1998;14(3):623-8.
- (17) Demidenko E. *Mixed Models Theory and Applications*. John Wiley e Sons, Inc.; Hoboken ed. New Jersey: John Wiley e Sons, Inc.; Hoboken, 2004.
- (18) Riboldi J. *Modelos Mistos Aplicados*. Santa Maria, RS: 52<sup>o</sup> RBRAS; 12<sup>o</sup> SEAGRO; 2007.
- (19) Brown H, Prescott R. *Applied Mixed Models in Medicine*. Second Ed Chichester:John Wiley e Sons ed. 2006.
- (20) Littell RC, Milliken GA, Stroup WW, Wolfinger RD, Schanbenberger O. *SAS for Mixed Models*. Second ed. Cary: SAS Institute Inc; 2006.

- (21) The GLIMMIX Procedure. SAS/STAT 9.1 User's Guide. 2011.
- (22) Ferrante JM, Balasubramanian BA, Hudson SV, Crabtree BF. Principles of the Patient-Centered Medical Home and Preventive Services Delivery. *Ann Fam Med* 2010;8:108-16.
- (23) Pandhi N, DeVoe JE, Schumacher JR, Bartels C, Thorpe CT, Thorpe JM, et al. Preventive service gains from first contact access in the primary care home. *J Am Board Fam Med* 2011;24(4):351-9.
- (24) Piccini RX, et al. Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 2006;11(3):657-67.
- (25) Paniz VMV, Fassa AG, Facchini LA, Bertoldi AD, Piccini RX, Tomasi E, et al. Acesso a medicamentos de uso contínuo em adultos e idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008 Feb;24(2):267-80.
- (26) Rodrigues PAM, Facchini LA, Piccinni RX, Tamasi E, Thumé E, Silveira DS, et al. Uso de serviços básicos de saúde por idosos portadores de condições crônicas. *Lancet* 2009;43(4):604-12.
- (27) Thumé E, Facchini LA, Tomasi E, Vieira LAS. Home Health care for the elderly: associated factors and characteristics of access and health care. *Rev Saúde Pública* 2010;44(6):1-9.
- (28) Oliveira MMC. Presença e extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde entre os serviços de Atenção Primária em Porto Alegre: uma análise agregada. Porto Alegre. Dissertação [Mestrado em Epidemiologia] –Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007.
- (29) Chomatas E. Avaliação da presença e extensão os atributos da Atenção Primária na rede básica de saúde no município de Curitiba. Porto Alegre. Dissertação. [Mestrado em Epidemiologia] – Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007.

- (30) Elias PE, Ferreira CW, Cohn A, Kishima V, Junior AE, Gomes A, Bousquat A. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. *Ciência e Saúde Coletiva* 2006; 11(3):633-641.

## ANEXOS DO ARTIGO

**Figura 1: Descrição do processo de amostragem do estudo. Porto Alegre, 2007.**

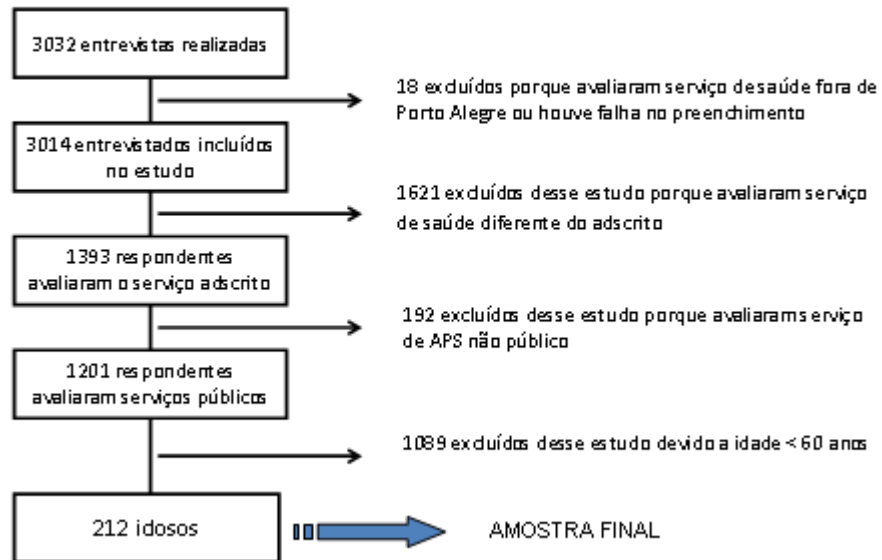


Tabela 1: Características da população maior de 60 anos usuária dos serviços de APS. POA, 2007.

Variáveis	Unidade Básica de Saúde (UBS) [Média (DP)]/(n)]	Estratégia Saúde da Família (ESF) [Média (DP)]/(n)]	Centro de Saúde Escola Murialdo (CSEM) [Média (DP)]/(n)]	Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (SSC/GHC) [Média (DP)]/(n)]
	n=62	n=75	n=32	n=43
<b>Idade (anos)</b>	68,74 (7,89)	67,85 (6,75)	66,84 (6,48)	69,23 (7,69)
<b>Sexo</b>				
Masculino	48,39 (30)	41,33 (31)	37,50 (12)	27,91 (12)
Feminino	51,61 (32)	58,67 (44)	62,50 (20)	72,09 (31)
<b>Escolaridade (anos)</b>	5,45 (3,74)	4,22 (3,56)	5,59 (4,06)	5,48 (3,46)
<b>Renda Familiar (reais)</b>	1535,29 (949,60)	1589,23 (1633,97)	1175,56 (891,24)	1372 (1045,59)
<b>Renda per capita (reais)</b>	602,77 (406,03)	564,04 (483,44)	502,24 (451,20)	444,38 (316,21)
<b>Cor da pele</b>				
Brancos	74,19 (46)	57,33 (43)	62,50 (20)	81,40 (35)
Não brancos	25,81 (16)	42,67 (32)	37,50 (12)	18,60 (8)
<b>Classe social</b>				
AB	27,42 (17)	22,67 (17)	31,25 (10)	23,26 (10)
CDE	72,58 (45)	77,33 (58)	68,75 (22)	76,74 (33)
<b>Estado marital</b>				
sem companheiro	45,16 (28)	36,00 (27)	37,50 (12)	39,53 (17)
com companheiro	54,84 (34)	64,00 (48)	62,50 (20)	60,47 (26)
<b>Sedentarismo</b>	37,10 (23)	41,33 (31)	15,63 (5)	38,10 (16)
<b>DM</b>	16,13 (10)	17,33 (13)	25,00 (8)	30,23 (13)
<b>HAS</b>	74,19 (46)	72,00 (54)	71,88 (23)	72,09 (31)
<b>Outras doenças crônicas</b>	74,19 (46)	79,73 (59)	96,77 (30)	80,95 (34)
<b>Obesidade</b>	27,87 (17)	32,00 (24)	41,94 (13)	32,56 (14)
<b>Tabagismo</b>	18,03 (11)	22,97 (17)	21,88 (7)	6,97 (3)
<b>Hospitalizações últimos 12 meses</b>	8,06 (5)	10,67 (8)	15,63 (5)	13,95 (6)
<b>Saúde autorreferida</b>				
boa, muito boa	66,13 (41)	69,33 (52)	71,88 (23)	60,47 (26)
regular, ruim, muito ruim	33,87 (21)	30,67 (23)	28,13 (9)	39,53 (17)
<b>Vínculo com o serviço</b>				
≤2 anos	22,95 (14)	31,08 (23)	13,30 (4)	4,87 (2)
>2anos	77,05 (47)	68,92 (51)	86,67 (26)	95,12 (39)
<b>Consultas nos últimos 12 meses</b>				
<2	30,65 (19)	21,62 (16)	37,50 (12)	20,93 (9)
≥2	69,35 (43)	78,38 (58)	62,50 (20)	79,07 (34)

Tabela 2: Comparação dos escores médios dos atributos e frequência do alto escore de APS entre os serviços de APS. Porto Alegre, 2007.

Atributos da APS	Escore Médio dos atributos da APS entre os serviços <sup>#</sup>				
	Unidade Básica de Saúde (UBS)	Estratégia Saúde da Família (ESF)	Centro de Saúde Escola Murialdo (CSEM)	Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (SSC/GHC)	valor-p*
	Média (IC 95%) n=62	Média (IC 95%) n=75	Média (IC 95%) n=32	Média (IC 95%) n=43	
Acessibilidade	4,10 (3,40-4,70)	3,50 (3,00-4,10)	3,30 (2,30-4,30)	3,70 (2,90-4,50)	0,500
Acesso - utilização	8,50 (8,10-8,90)	9,00 (8,60-9,30)	<b>9,50 (8,90-10,00)<sup>§</sup></b>	<b>9,60 (9,10-10,00)<sup>§</sup></b>	<b>0,005</b>
Longitudinalidade	6,20 (5,60-6,80)	7,10 (6,50-7,60)	6,20 (5,30-7,10)	<b>7,80 (7,10-8,50)<sup>§</sup></b>	<b>0,001</b>
Coordenação do cuidado	3,20 (2,30-4,20)	<b>6,00 (5,10-6,90)<sup>§</sup></b>	4,40 (2,90-5,90)	<b>6,50 (5,30-7,60)<sup>§</sup></b>	<b>&lt;0,001</b>
Coordenação - sistema de informações	5,60 (5,20-6,00)	6,30 (5,80-6,80)	5,10 (5,40-6,60)	<b>6,97 (6,30-7,60)<sup>§</sup></b>	<b>0,005</b>
Integralidade - serviços disponíveis	5,50 (5,00-6,10)	4,80 (4,30-5,30)	5,60 (4,70-6,50)	<b>6,10 (5,40-6,80)<sup>z</sup></b>	<b>0,030</b>
Integralidade - serviços prestados	3,30 (2,50-4,10)	3,50 (2,80-4,20)	3,50 (2,30-4,60)	4,50 (3,60-5,40)	0,120
Orientação familiar	3,30 (2,40-4,20)	3,90 (3,10-4,70)	4,70 (3,40-5,20)	<b>6,10 (5,10-7,20)<sup>§ z</sup></b>	<b>&lt;0,001</b>
Orientação comunitária	2,30 (1,40-3,30)	<b>5,90 (5,10-6,70)<sup>§</sup></b>	<b>4,70 (3,30-6,00)<sup>§</sup></b>	<b>7,20 (6,10-8,30)<sup>§</sup></b>	<b>&lt;0,001</b>
Escore Essencial	5,50 (5,10-5,90)	5,90 (5,50-6,20)	5,70 (5,10-6,20)	<b>6,70 (6,30-7,20)<sup>§ z &amp;</sup></b>	<b>&lt;0,001</b>
Escore Geral	5,00 (4,62-5,46)	5,70 (5,30-6,00)	5,40 (4,80-6,10)	<b>6,70 (6,20-7,20)<sup>§ &amp;</sup></b>	<b>&lt;0,001</b>
Atributos da APS	Frequência de Alto Escore da APS nos serviços				
	n=62	n=75	n=32	n=43	valor-p
	[%] (n)	[%] (n)	[%] (n)	[%] (n)	
Escore Essencial	20,97 (13)	32,00 (24)	25,00 (8)	55,81 (24)	<b>&lt;0,001**</b>
Escore Geral	19,35 (12)	26,67 (20)	21,88 (7)	55,81 (24)	<b>&lt;0,001**</b>

<sup>#</sup> Os escores assumem valores entre 0 e 10; alto grau de orientação à APS, quando escore  $\geq$  6,7.

<sup>\*</sup> Significância associada ao teste de comparação de médias pela ANOVA: valor-p < 0,05.

<sup>§</sup> Significância pelo teste de Tukey; em comparação à UBS: valor-p < 0,05.

<sup>z</sup> Significância pelo teste de Tukey; em comparação à ESF: valor-p < 0,05.

<sup>&</sup> Significância pelo teste de Tukey; em comparação ao CSEM: valor-p < 0,05.

**\*\*** Significância associada ao teste de comparação de proporções utilizando a estatística  $\chi^2$ : valor-p < 0,05.

Tabela 3: Indicadores da qualidade do cuidado de idosos em relação ao escore geral de APS. Porto Alegre, 2007.

Práticas preventivas	n=212	Baixo Escore Geral de APS	Alto Escore Geral de APS	valor-p
		n=159 [%] (n)	n=53 [%] (n)	
<b>Medidas de processo</b>				
Orientação para cessar o hábito de fumar	41	50,00 (32)	66,70 (9)	0,270
Orientação para diminuir ou parar de beber	73	7,40 (56)	21,00 (17)	0,130
Orientação para realização de exercícios	208	34,00 (157)	55,70 (51)	<b>0,004*</b>
Orientação de dieta saudável	208	49,00 (157)	78,70 (51)	<b>&lt;0,001*</b>
Orientação sobre higiene bucal	207	10,20 (157)	58,30 (50)	<b>&lt;0,001*</b>
Pressão arterial aferida no último ano	208	75,50 (157)	86,70 (51)	0,050
Realização de vacina contra influenza	208	59,20 (157)	70,50 (51)	0,180
Encaminhamento para oftalmologista no último ano	43	23,10 (28)	47,10 (15)	0,100
Encaminhamento para dentista no último ano	44	3,70 (29)	29,40 (15)	<b>0,020*</b>
Exame dos pés realizado no último ano	44	7,40 (29)	41,20 (15)	<b>0,020*</b>
Orientação para cuidado dos pés	44	29,60 (29)	58,80 (15)	<b>0,010*</b>
Participa de grupo de educação para diabéticos	44	14,80 (29)	23,50 (15)	0,440
Uso de metformina	151	11,40 (114)	27,00 (37)	<b>0,006*</b>
Participação grupo de educação para hipertensos	117	11,40 (84)	21,00 (33)	0,250
Uso de tiazídicos	151	53,40 (114)	53,10 (37)	0,970
Pressão arterial aferida na última consulta	132	85,30 (95)	95,40 (37)	0,100
Solicitação de exame de urina no último ano	132	48,90 (95)	77,30 (37)	<b>0,003*</b>
Solicitação de perfil lipídico no último ano	132	63,60 (95)	84,10 (37)	<b>0,020*</b>
Altura medida em alguma consulta	132	37,00 (95)	70,40 (37)	<b>&lt;0,001*</b>
Peso aferido na última consulta	132	54,50 (95)	81,80 (37)	<b>0,010*</b>
Uso de AAS	151	25,40 (114)	32,40 (37)	0,490
<b>Medidas de resultado</b>				
Grau de satisfação	212	77,90 (159)	98,20 (53)	<b>&lt;0,010*</b>
Controle pressórico	212	49,00 (159)	44,40 (53)	0,510
Controle hemoglobina glicosilada	38	47,60 (23)	29,40 (15)	0,220
<b>Escore de práticas preventivas #</b>				
		<b>Baixo Escore Geral de APS</b>	<b>Alto Escore Geral de APS</b>	<b>valor-p</b>
		<b>Média (IC 95%)</b>	<b>Média (IC 95%)</b>	
		3,90 (3,60 - 4,32)	5,90 (5,30 - 6,50)	<b>&lt;0,001**</b>
*Significância associada ao teste de comparação de proporções utilizando a estatística $\chi^2$ : valor-p < 0,05.				
**Significância pelo teste t para duas amostras independentes.				
# Assume valores entre 0 e 10. Para todos os grupos foram consideradas: orientação para realização de exercícios, dieta saudável, higiene bucal, pressão arterial aferida no último ano e realização de vacina contra influenza; Fumantes: orientação para cessar tabagismo; Usuários de álcool: orientação para cessar ou diminuir o hábito de beber; Diabéticos: encaminhamento para oftalmologista, encaminhamento para dentista, exame dos pés, orientação para cuidado dos pés, participação em grupo e uso de metformina; Hipertensos: participação em grupo e uso de tiazídicos; Hipertensos e diabéticos: pressão arterial aferida na última consulta, solicitação de exame comum de urina, solicitação de perfil lipídico, medida da altura e medida do peso; Indivíduos com doença cardiovascular: uso de AAS.				



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os serviços de saúde exercem significativo papel na melhoria da saúde, porém há uma variabilidade grande na oferta de um mesmo tipo de serviço. Um bom sistema de saúde deve prover serviços baseados nas melhores evidências disponíveis, sem causar danos. Este estudo demonstra que os serviços de saúde da rede de APS de Porto Alegre são mais efetivos para o cuidado dos idosos quando adquirem os atributos necessários para prover uma APS de qualidade.

Evidências da efetividade da APS no Brasil são provenientes inicialmente de estudos focados em mortalidade infantil. Estudos que mediram internações evitáveis demonstraram a efetividade da ESF no cuidado de adultos. Estudos envolvendo idosos usuários de serviços de APS no Brasil avaliaram apenas o uso e o acesso a esses serviços. Este estudo faz contribuições importantes para o cuidado prestado aos idosos em serviços de APS através da avaliação da provisão de práticas preventivas recomendadas aos idosos.

A qualidade do cuidado prestado aos idosos medida através da prestação de serviços preventivos varia de acordo com o tipo de serviço, assim como também ocorre uma variabilidade em relação à presença dos atributos da APS na percepção dos idosos usuários dos mesmos serviços de saúde. Para atender adequadamente às demandas dessa parcela da população, são necessárias melhorias no acesso aos serviços de saúde e na coordenação do cuidado, com aumento da cobertura da ESF na cidade, substituição progressiva das UBS por equipes da ESF e NASF, qualificação dos profissionais e fixação dos profissionais nas suas áreas de atuação, assim como investimentos em estrutura, recursos, sistemas de informação e gerenciamento.

Para otimizar saúde com equidade e dar resposta aos problemas de saúde da população, deve-se levar em conta pesquisas de avaliação para um adequado planejamento em saúde. Com esse propósito, este estudo pode ajudar na tomada de decisão e na organização dos serviços de APS, para que produzam impacto significativo na saúde dos idosos e na expectativa de vida da população porto-alegrense. No entanto, ainda é preciso estudar desfechos duros e clinicamente relevantes, que tenham o potencial de orientar a tomada de decisão sobre os modelos de atenção em APS, através de seu impacto na morbimortalidade da população idosa.

## **ANEXOS**

### **ANEXO 1: PROJETO DE PESQUISA**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA**

**PROJETO DE PESQUISA**

**Orientação à Atenção Primária à Saúde e qualidade do cuidado prestado aos idosos  
adscritos à rede pública de Atenção Primária à Saúde de Porto Alegre**

**Aluna: Elise Botteselle de Oliveira  
Orientadora: Mary Clarisse Bozzetti  
Coorientador: Erno Harzheim**

**Porto Alegre, 23 de junho de 2009.**

## CARACTERIZAÇÃO DO PROBLEMA

O envelhecimento faz parte da realidade da maioria das sociedades. Estima-se para o ano de 2050 cerca de 2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos, sendo 85% vivendo em países pobres. No Brasil, estima-se que existam atualmente cerca de 17,6 milhões de idosos. Projeções para 2025 demonstram que 15% da população brasileira será idosa (1;2).

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) define envelhecimento como *“um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte”*(2).

O envelhecimento populacional é uma resposta à mudança de alguns indicadores demográficos e de saúde, especialmente a queda da fecundidade e da mortalidade e o aumento da esperança de vida. Não é homogêneo para todos os seres humanos, sofrendo influência dos processos de discriminação e exclusão associados ao gênero, à etnia, à raça, às condições sociais e econômicas, à região geográfica de origem e à localização de moradia (2).

Com o aumento da longevidade ao longo das últimas décadas, também ocorreu um aumento do número de doenças crônicas, tornando frequente a ocorrência de mais de uma condição crônica ao mesmo tempo e a demanda maior pelos serviços médicos e sociais de saúde (3;4).

A multimorbidade gera um aumento do número de consultas médicas, do número de prescrições e do uso de medicamentos, leva a realização de exames com mais frequência, a elevação do número de hospitalizações e a maior utilização de unidades de terapia intensiva. Além disso, os idosos com multimorbidades geralmente são excluídos dos ensaios clínicos, o que limita a generalização de resultados de estudos e dificulta o seguimento de protocolos e diretrizes, já que esses não levam em conta a complexidade das múltiplas doenças crônicas (5;6).

O rápido acúmulo de conhecimento a respeito dos determinantes de saúde e o desenvolvimento de uma tecnologia complexa estão levando a uma capacidade aumentada de detectar e manejar a enfermidade, prevenir doenças e promover a saúde. Estudos epidemiológicos têm mostrado que doenças e limitações não são consequências inevitáveis do envelhecimento, e que o uso de serviços preventivos, a eliminação de fatores de risco e a adoção de hábitos de vida saudáveis são importantes determinantes do envelhecimento saudável (3;7)

O Brasil, assim como outros países pobres, passa por um processo de transição demográfica e epidemiológica, o que tem levado a uma mudança do perfil de morbimortalidade da população brasileira, com a diminuição da mortalidade por doenças infecciosas e problemas materno-infantis, e a prevalência crescente de doenças crônicas, cuja etiologia é bastante complexa, envolvendo diferentes aspectos das condições de vida (8).

O padrão de desigualdades no acesso e na utilização de serviços de saúde pelos idosos brasileiros é semelhante ao da população geral, idosos de baixa renda apresentam pior condição de saúde, pior estado funcional, procuram menos os serviços de saúde e realizam menos consultas médicas (8;9).

Frente à necessidade de responder melhor à demanda da população sem acabar com suas economias devido a gastos com serviços de saúde, todos os países estão enfrentando o imperativo de alterar seus sistemas de saúde, especialmente onde o envelhecimento ocorre em ambiente de pobreza e iniquidade (3;7).

Estudos comparando sistemas de saúde de diferentes países demonstram que países com sistemas fortemente orientados à APS têm resultados de saúde mais equitativos, eficientes, com custos menores e alcançando melhor satisfação do usuário, mesmo em contextos de forte iniquidade social. Os benefícios da APS são demonstrados por menores taxas de mortalidade geral, doença cardiovascular e câncer (7).

Um sistema de saúde com base na APS tem uma abordagem abrangente da organização e da operação de sistemas de saúde: é composto por um conjunto central de elementos funcionais e estruturais que garantem a cobertura e o acesso universal a serviços de saúde e que aumentem a equidade. Além disso, requer uma sólida fundamentação legal, institucional e organizacional, bem como recursos humanos, financeiros e tecnológicos adequados e sustentáveis (10;11).

A APS é definida como o primeiro nível de atenção dentro do sistema, constituído dos seus quatro atributos essenciais: acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação da atenção dentro do sistema, além de seus atributos derivados: orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural (7).

Ao ser orientado para APS, o sistema de saúde faz dessa sua porta de entrada, oferece cuidados abrangentes, integrados e apropriados com o tempo, tendo a família e a comunidade como base de ação, a fim de responder às suas necessidades sociais e de saúde. A APS é uma ferramenta para fortalecer o sistema de saúde, aprimorando a efetividade dos serviços e garantindo a equidade na oferta dos mesmos. Também desempenha um papel importante ao

coordenar a continuidade da atenção e o fluxo de informações por todo o sistema de atenção em saúde (7;11).

Ao sistematizar e operacionalizar a definição de APS a partir de seus atributos, pode-se utilizá-los para avaliar a qualidade de um serviço e traçar sua relação com a efetividade da atenção prestada, através da associação entre a extensão dos atributos da APS e indicadores de saúde (11).

No Brasil, a reestruturação do sistema de saúde baseado em APS iniciou-se em 1994, com a criação da Estratégia Saúde da Família (ESF), como forma de reorientar o modelo de atenção do país (12).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), Portaria GM nº 2.528, de 19 de outubro de 2006, define que a atenção à saúde dessa população como prioridade, com o objetivo de promover o envelhecimento ativo e saudável, utilizando a APS como porta de entrada para garantir ao idoso a assistência integral à saúde (13).

Em Porto Alegre coexistem outros modelos de APS anteriores à implantação da ESF, que também prestam serviços de atenção primária, como o Centro de Saúde Escola Murialdo e o Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospital Conceição.

## **JUSTIFICATIVA**

Evidências da efetividade dos atributos da APS são provenientes de estudos ecológicos desenvolvidos em países desenvolvidos. A maioria dos estudos sobre efetividade da APS são focados para a mortalidade infantil.

São poucos os estudos que avaliam o impacto da APS na saúde dos idosos e sua resposta às dificuldades e aos desafios gerados pelo envelhecimento populacional.

Devido à existência de outros modelos de APS em Porto Alegre além da ESF, torna-se importante estudar o papel dos diferentes serviços de saúde e orientar a melhor forma de atender às demandas da população idosa.

## **QUESTÃO DE PESQUISA**

Os serviços públicos de Atenção Primária à Saúde com alto grau de orientação à APS prestam um melhor cuidado aos idosos no município de Porto Alegre?

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo Principal:**

Avaliar a associação entre o grau de orientação à Atenção Primária à Saúde e a qualidade do cuidado prestado aos idosos que utilizam a rede pública de Atenção Primária à Saúde de Porto Alegre.

### **Objetivos Específicos:**

Investigar a associação entre o grau de orientação à APS e os seguintes indicadores de processo:

- Orientações preventivas e de mudança do estilo de vida
- Vacinação contra influenza e pneumococo
- Uso de medicamentos para portadores de DM, HAS e cardiopatia isquêmica
- Medidas antropométricas e bioquímicas para portadores de DM, HAS e cardiopatia isquêmica
- Participação em grupos de educação em saúde

Investigar a associação entre o grau de orientação à APS e os seguintes indicadores de impacto:

- Satisfação
- Hospitalizações

Comparar os diferentes serviços de APS no cuidado dos idosos quanto ao grau de orientação à Atenção Primária à Saúde.

## **METODOLOGIA**

**Local do estudo:** cidade de Porto Alegre, RS.

**Delineamento do estudo:** Estudo transversal de base populacional.

**População da pesquisa:** adultos maiores de 60 anos de idade, residentes nas áreas geográficas cobertas pela rede pública de APS de Porto Alegre (Unidade Básicas de Saúde com e sem Estratégia Saúde da Família, Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição e Centro de Saúde Escola Murialdo).

**Amostragem:** Este estudo é parte do projeto “Avaliação da qualidade do processo de atenção e da sua efetividade sobre a saúde do adulto no Programa Saúde da Família e em modelos alternativos na rede de atenção primária do município de Porto Alegre” com amostra total 3000 participantes

**Seleção da amostra:** nas Unidades Básicas de Saúde com e sem estratégia Saúde da Família, foi realizada seleção aleatória de 50% das unidades de cada gerência distrital da cidade; nas 12 unidades de saúde do Grupo Hospitalar Conceição e nas 7 unidades do Centro Escola de Saúde Pública Murialdo, foram avaliadas todas as unidades.

Foi realizada amostragem por conglomerados e proporcional à população adscrita. A seleção dos domicílios foi realizada de forma sistemática, sendo entrevistados os moradores que preencheram os critérios de inclusão.

*Critérios de inclusão:* indivíduos maiores de 60 anos, residentes nos domicílios selecionados, que aceitem livremente participar da pesquisa, após leitura, aceitação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

*Critérios de exclusão:*

- indivíduos menores de 60 anos
- indivíduos maiores de 60 anos residentes nos domicílios selecionados que:
  - morem há menos de 12 meses na área adscrita ao serviço
  - tenham consultado pela última vez antes de janeiro de 1996 (data do processo de municipalização da cidade)
  - identificarem como serviço de saúde de referência serviços privados, hospitais, emergências, consultórios ou serviços fora de Porto Alegre
  - não apresentarem condições de saúde para responder ao questionário de acordo com avaliação do coordenador de campo.

#### **Instrumentos e medidas:**

Questionário sobre a qualidade da APS: Instrumento de Avaliação da Atenção Primária, versão adulto para usuários do PCATool – *Adult Primary Care Assessment Tool*, para construir escores dos atributos da APS (14).

Questionário de satisfação do usuário com o processo de atenção através, validado no Brasil (15).



Questionário estruturado com variáveis socioeconômicas, demográficas, fatores de risco cardiovasculares, uso de medicamentos, processo de atenção (orientações preventivas, vacinação) e avaliação de saúde.

Realização de medidas antropométricas: peso, altura, circunferência do quadril e da cintura e pressão arterial (através das normas da OMS), utilizando instrumentos calibrados pelo INMETRO.

Medida bioquímica: hemoglobina glicosilada nos pacientes que reconhecerem sua condição de diabéticos.

#### **Processamento dos dados:**

Transferência dos dados dos questionários e criação do banco de dados através do software Teleform. Análise estatística utilizando o SPSS versão 13, o Stata versão 8 e o SAS versão 9.1.

#### **Plano de Análise:**

Análise descritiva das características e do estado de saúde da população, e da utilização dos serviços de APS.

Comparação dos indicadores de qualidade estudados com o grau de orientação à APS dos serviços.

Comparação entre os serviços de APS em relação ao grau de orientação à APS.

Identificação das variáveis da população e dos serviços de APS associados ao alto grau de orientação à APS.

## **QUESTÕES ÉTICAS**

Este estudo foi submetido e aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da UFRGS, do Hospital de Clínica Porto Alegre, do Grupo Hospitalar Conceição, da Escola de Saúde Pública/RS e da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre.

## **INFRA-ESTRUTURA BÁSICA**

O Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da UFRGS e o Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina da UFRGS disponibilizam materiais, equipamentos e softwares necessários para a realização desse projeto.

**CRONOGRAMA**

		Jan/Fev/Mar	Abr/Mai/Jun	Jul/Ago/Set	Out/Nov/Dez
Trabalho de Campo	2006 - 2007				
Limpeza do Banco	2008	X	X		
Revisão da Literatura		X	X	x	
Redação do Projeto		X	X		
Defesa do Projeto			X		
Análise dos dados			X	x	
Redação da dissertação			X	x	
Defesa fechada					X
Defesa final					X

**AGÊNCIAS FINANCIADORAS**

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível superior – CAPES

Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul – FAPERGS

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) World Health Organization (WHO) [homepage na internet]. Ageing. [acesso em 5 jan 2011]. Disponível em: URL: [www.who.int/ageing](http://www.who.int/ageing).
- (2) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa/ Cadernos de Atenção Básica, número 19. Brasília: 2006.
- (3) Lima-Costa MF, Barreto SM. Types of Epidemiologic Studies: Basic Concepts and Uses in the Area of Aging. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 2003;12(4):189-201.
- (4) van der Akker AM, Buntinx F, Metsemakers JF, Roos S., Knottnerus JA. Multimorbidity in general practice: prevalence, incidence, and determinants of co-occurring chronic and recurrent diseases. *Journal of Clinical Epidemiology* 1998 May;51(5):367-75.
- (5) Upshur TS. Chronicity and Complexity: Is what's good for the diseases always good for the patients. *Can Fam Physician* 2008 Dec;54:1655-8.
- (6) Mercer SW, Smith SM, Wyke S, O'Dowd T, Watt GC. Multimorbidity in primary care: developing the research agenda. *Fam Pract* 2009 Apr;26(2):79-80.
- (7) Starfield B. Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde. 2002.
- (8) Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2008
- (9) Rodrigues PAM, Facchini LA, Piccinni RX, Tamasi E, Thumé E, Silveira DS, et al. Uso de serviços básicos de saúde por idosos portadores de condições crônicas. *Lancet* 2009;43(4):604-12.
- (10) Gastão WDSC. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Editora Hucitec; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2007.

- (11) Organização Pan-Americana da Saúde/ OMS. Documento de Posicionamento da Organização Pan-Americana de Saúde. Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas. 2005.
- (12) Conill EM, Fausto M, Giovanella L. Contribuições da análise comparada para um marco abrangente na avaliação de sistemas orientados pela atenção primária na América Latina. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2010 Nov;10(1):15-27.
- (13) Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional da Saúde da Pessoa Idosa. 2006.
- (14) Brasil. Ministério da Saúde. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: *primary care assessment tool pcatool* - Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: 2010.
- (15) Kloetzel K, Bertoni AM, Irazoqui MC, Santos RN, Campos VGC. Controle de qualidade em atenção primária à saúde. I – A satisfação do usuário. *Cad Saúde Pública* 1998;14(3):623-8.

## ANEXO 2: TERMOS DE APROVAÇÃO DOS COMITÊS DE ÉTICA



**Prefeitura Municipal de Porto Alegre**  
**Secretaria Municipal de Saúde**  
**Hospital Materno Infantil Presidente Vargas**



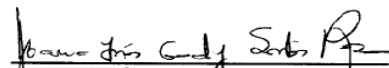
Porto Alegre, 27 de setembro de 2005.

Ilmo (a) Sr. (a)

**Bruce B Duncan**

Informamos que o projeto de pesquisa intitulado " **Avaliação da qualidade do processo de atenção e da sua efetividade sobre a saúde do adulto no Programa Saúde da família no município de Porto Alegre**" do(a) pesquisador(a) **Bruce B Duncam** protocolado neste CEP sob nº56/05, foi **aprovado** pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HMIPV, 14/09/2005, estando ética e metodologicamente adequado às Diretrizes e Normas Regulamentadoras da Pesquisa envolvendo Seres Humanos – ( Resolução 196/96 ) – do Conselho Nacional de Saúde. **Informamos que os autores deverão encaminhar relatórios semestrais sobre o andamento do projeto, bem como relatório final quando do término do mesmo.**

Atenciosamente,

  
Comitê de Ética em Pesquisa/HMIPV

# CASSI

Porto Alegre, 03 de novembro de 2005.

Ao

CNPq

Afirmo através desta que a Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil apóia e é instituição colaboradora do projeto de pesquisa intitulado "Avaliação da qualidade do processo de atenção e da sua efetividade sobre a saúde do adulto no Programa Saúde da Família e em modelos alternativos na rede de atenção primária do município de Porto Alegre", sob coordenação do Prof. Bruce B. Duncan do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. A forma e o conteúdo desta colaboração esta definida na proposta n° 9366559643809311, datada de 18/10/2005, em resposta ao edital 49/2005 do CNPq.

Atenciosamente,



Carlos Emilio Flesch

Gerente Regional

CASSI RS

Caixa de Assistência dos  
Funcionários do Banco do Brasil  
Tel: (051) 2139.8000  
Fax: (051) 2139.8001  
Av. Cristóvão Colombo, 2240 – 5º andar  
90560-002 Porto Alegre RS



**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
SECRETARIA DA SAÚDE**

Of. CEPS/ESP – 076/2006.

Porto Alegre, 08 de agosto de 2006.

Senhor Pesquisador

O Comitê de Ética na Pesquisa em Saúde da Escola de Saúde Pública da Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, apreciou e **aprovou** o seu protocolo de pesquisa intitulado: "**Avaliação da Qualidade do processo de Atenção e da sua Efetividade sobre a Saúde do Adulto no Programa Saúde da Família e em modelos alternativos na rede de atenção primária no município de Porto Alegre**", considerando que o mesmo tem relevância para a ciência e está ética e metodologicamente adequado.

  
Nara Regina Moura de Castilhos  
Comitê de Ética na Pesquisa em Saúde da  
ESP/SES/RS

Ilmo. Sr.  
Ermo Harzhein  
UFRGS  
N/C

**Av. Ipiranga, 6311 - Bairro Partenon - CEP 90.610-001 - Porto Alegre - RS  
Telefone: (51) 3339.1155 - Fax: 3336.8142 - E-mail: esp@saude.rs.gov.br**



PRÓ-REITORIA DE PESQUISA **PROPESQ**

**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

**RESOLUÇÃO**

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul analisou o projeto:

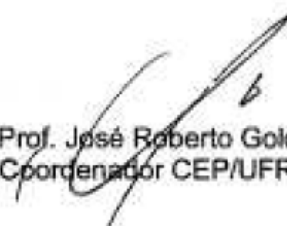
**Número:**2004367

**Título do projeto:** "Avaliação da qualidade do processo de atenção e da sua efetividade sobre a saúde do adulto no Programa Saúde da Família no município de Porto Alegre"

**Investigador(es) principal(ais):**Bruce B. Duncan

O mesmo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS, reunião n.32, ata n. 53, por estar adequado ética e metodologicamente e de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Porto Alegre, 13 de janeiro de 2005.



Prof. José Roberto Goldim  
Coordenador CEP/UFRGS





**HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE**  
**Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação**  
**COMISSÃO CIENTÍFICA E COMISSÃO DE PESQUISA E ÉTICA EM SAÚDE**

**RESOLUÇÃO**

A Comissão Científica e a Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde, que é reconhecida pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP/MS como Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA e pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB0000921) analisaram o projeto:

Projeto: 05-365

Pesquisador Responsável:
BRUCE BARTOLOW DUNCAN

**Título:** AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO PROCESSO DE ATENÇÃO E DA SUA EFETIVIDADE SOBRE A SAÚDE DO ADULTO NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA E EM MODELOS ALTERNATIVOS NA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE


**AMPLIAÇÃO DA PESQUISA**

**Data da Versão:**

15/02/2008

Este documento referente ao projeto acima foi Aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde.

Porto Alegre, 15 de fevereiro de 2006.

  
 Profª Nairne Crausell  
 Coordenadora do GPPG e CEP-HCPA

### ANEXO 3: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nº Questionário: \_\_\_\_\_

Avaliação da qualidade do processo de atenção e da sua efetividade sobre a saúde do adulto no Programa Saúde da Família e em modelos alternativos na rede de atenção primária do município de Porto Alegre.

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - Usuários

Esta pesquisa irá avaliar a qualidade da atenção à saúde do adulto na rede de atenção primária à saúde de Porto Alegre. O título da pesquisa é "Avaliação da qualidade do processo de atenção e da sua efetividade sobre a saúde do adulto no Programa Saúde da Família e em modelos alternativos na rede de atenção primária do município de Porto Alegre". Está sendo realizada por um grupo de pesquisa do Departamento de Medicina Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul em associação com o Departamento de Saúde Coletiva da Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre (FFFCMPA). Será avaliada a satisfação do usuário, a qualidade da atenção à saúde, a presença de fatores de risco para doenças cardiovasculares e a utilização dos serviços de saúde. Farão parte do estudo todos os adultos maiores de 18 anos residentes nos domicílios selecionados das áreas de atuação das equipes do Programa Saúde da Família, Unidades Sanitárias, Centro de Saúde Escola Murialdo, Serviço de Saúde Comunitária do Hospital Conceição e Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil – Regional RS (CASSI-RS) que aceitarem livremente participar da pesquisa, após leitura, aceitação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Sua participação nesta pesquisa compreenderá responder um questionário para avaliar a qualidade da atenção recebida no seu serviço de saúde e a presença de fatores de risco para doenças cardiovasculares. Além disso, seu peso, altura, cintura, quadril e pressão arterial serão medidos. Para os entrevistados identificados com diabetes, será solicitada a coleta de sangue por um coletador do Laboratório Weinmann, a fim de medir o valor da hemoglobina glicada, sem nenhum custo para o entrevistado. O resultado deste exame será comunicado ao entrevistado pessoalmente em seu domicílio por um dos coordenadores de campo desta pesquisa. Este estudo não implica em nenhum risco para sua saúde, apenas a disponibilidade de tempo para responder aos questionários e o pequeno desconforto da picada da agulha para coleta de sangue para os indivíduos com diabetes.

A entrevista e as mensurações serão feitas na sua casa. Caso alguma das medidas citadas acima esteja alterada, você será avaliado por um dos coordenadores de campo do estudo (médicos e enfermeiros) e, se necessário, encaminhado para o seu serviço de saúde para avaliação e acompanhamento. A coleta de sangue será realizada em horário marcado no posto de saúde responsável por sua área de moradia ou na sede do Laboratório Weinmann.

Ressaltamos que a concordância ou não em participar da pesquisa em nada irá alterar seu atendimento no seu local de consulta e que você poderá em qualquer momento desistir da pesquisa. Para fins de pesquisa os pesquisadores garantem que seu nome será preservado e que nenhum dado sobre sua pessoa ou família será divulgado.

Eu,.....(paciente ou responsável), fui informado dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada. Recebi informação a respeito do método que será utilizado. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão se assim eu desejar. Fui igualmente informado da garantia de receber resposta a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, da liberdade de tirar meu consentimento, a qualquer momento, e da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Paciente

\_\_\_\_\_  
Nome

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador

\_\_\_\_\_  
Nome

\_\_\_\_\_  
Data

Pesquisador responsável: Prof. Erno Harzheim, Faculdade de Medicina – UFRGS. Fone: 3308-5695.



		Identificação	
Porto Alegre	CEP:		
Telefone		Celular	
DD11. Você possui cartão SUS?	<input type="checkbox"/> Sim	Se sim, peça para lhe mostrar o cartão SUS e anote o n°	
	<input type="checkbox"/> Não		
Você poderia nos indicar o nome e o telefone de alguma pessoa de referência ou de um contato seguro haja necessidade entrar em contato com você novamente?			
DD12. Nome do contato			
DD13. Telefone do contato	-         -		
2316296414			



Identificação

--	--	--	--

Após a identificação deste serviço de saúde/médico/enfermeira, pergunte todo o restante do questionário sobre este, substituindo "nome do médico/enfermeira/local" pelo nome identificado.

A4. (" nome do médico/enfermeira/local" identificado é:)

Um médico definido  
 Qualquer médico  
 Uma enfermeira definida  
 Qualquer enfermeira  
 Nenhum destes

A4.1 (Se na A4 for assinalada um médico definido, pergunte) Qual a especialidade deste médico(a)?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

A5. (Entrevistador classifica o tipo de serviço de saúde identificado) (Use a lista de códigos de serviços de saúde)

Uma Unidade Sanitária  
 Uma Equipe do PSF  
 Pronto-Atendimento de Unidade Sanitária  
 Uma emergência de um hospital  
 Um ambulatório de um hospital  
 O consultório de determinado médico  
 Um ambulatório de um plano de saúde  
 Um serviço de saúde no trabalho ou na escola  
 Outro tipo de lugar (Por favor, especifique.) 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

  
 Não soube identificar

A6. " nome do médico/enfermeira/local" cuida: (LEIA AS ALTERNATIVAS)

Apenas de adultos  
 Tanto de crianças como de adultos  
 Não tem certeza/Não lembro

A7. "nome do médico/enfermeira/local" cuida principalmente de pessoas com: (LEIAS AS ALTERNATIVAS)

Apenas certos tipos de problemas de saúde  
 A maioria dos tipos de problemas de saúde  
 Não tem certeza/Não lembro

A8. Há quanto tempo você consulta com/neste "nome do médico/enfermeira/local"?

Menos de 6 meses                       5 ou mais anos  
 Entre 6 meses e 1 ano                   Variável demais para especificar  
 1 - 2 anos                                    Não tem certeza/Não lembra  
 3 - 4 anos

A9. Você escolheu "nome do médico/enfermeira/local" ou ele foi definido para você? (LEIA AS ALTERNATIVAS)

Você ou alguém da sua família escolheu                   Outro  
 Ele foi definido para você                                        Não tem certeza/Não lembra

A10. Você consulta com/neste "nome do médico/enfermeira/local" principalmente devido a um problema de saúde específico?

Sim     Não     Não tem certeza/Não sabe

1320296418

Identificação					
B. PRIMEIRO CONTATO - UTILIZAÇÃO					
Entrevistador - para todas as próximas perguntas você deve usar o cartão de resposta nº01					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
B1. Quando você necessita de uma consulta de revisão (check-up), você vai ao "nome do médico/enfermeira/local" antes de ir a outro serviço de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B2. Quando você tem um novo problema de saúde, você vai ao "nome do médico/enfermeira/local" antes de ir a outro serviço de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B3. Quando você tem que consultar um especialista, "nome do médico/enfermeira/local" tem que encaminhar você obrigatoriamente?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C. PRIMEIRO CONTATO - ACESSO					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
C1. "nome do médico/enfermeira/local" fica aberto no sábado ou no domingo?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C2. "nome do médico/enfermeira/local" fica aberto pelo menos algumas noites de dias úteis até às 20 horas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C3. Quando "nome do médico/enfermeira/local" está aberto e você adoecer, alguém de lá atende você no mesmo dia?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C4. Quando "nome do médico/enfermeira/local" está aberto, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
2434296415					

Identificação					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
C5. (Se sempre aberto, não se aplica) Quando "nome do médico/enfermeira/local" está fechado, existe um número de telefone para o qual você possa ligar quando fica doente?	NSA <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C6. (Se sempre aberto, não se aplica) Quando "nome do médico/enfermeira/local" está fechado no sábado e domingo e você fica doente, alguém deste serviço atende você no mesmo dia?	NSA <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C7. (Se sempre aberto, não se aplica) Quando "nome do médico/enfermeira/local" está fechado e você fica doente durante a noite, alguém deste serviço atende você naquela noite?	NSA <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C8. É fácil marcar hora para uma consulta de revisão (check-up) neste "nome do médico/enfermeira/local"?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C9. Uma vez que você chega "nome do médico/enfermeira/local", você tem que esperar mais de 30 minutos para consultar com o médico ou enfermeira (sem contar triagem ou acolhimento)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C10. Você tem que esperar por muito tempo, ou falar com muitas pessoas para marcar hora no "nome do médico/enfermeira/local"?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C11. É difícil para você conseguir atendimento médico do "nome do médico/enfermeira/local" quando pensa que é necessário?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C12. Quando você tem que ir ao "nome do médico/enfermeira/local", você tem que faltar ao trabalho ou à escola para ir ao serviço de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>



Identificação					
D. ATENDIMENTO CONTINUADO					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
D1. Quando você vai ao "nome do médico/enfermeira/local", é o mesmo médico ou enfermeira que atende você todas as vezes?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D2. Você acha que "nome do médico/enfermeira/local" entende o que você diz ou pergunta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D3. O "nome do médico/enfermeira/local" responde suas perguntas de maneira que você entenda?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D4. Se você tiver uma pergunta, pode telefonar e falar com o médico ou enfermeira que melhor conhece você?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D5. "nome do médico/enfermeira/local" lhe dá tempo suficiente para falar sobre as suas preocupações ou problemas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D6. Você se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas ao "nome do médico/enfermeira/local"?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D7. "nome do médico/enfermeira/local" conhece você mais como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D8. "nome do médico/enfermeira/local" sabe quem mora com você?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D9. "nome do médico/enfermeira/local" sabe quais problemas são mais importantes para você?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

Identificação					
□ □ □ □					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro
D10. "nome do médico/enfermeira/local" conhece a sua história médica completa?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D11. "nome do médico/enfermeira/local" sabe a respeito do seu trabalho ou emprego?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D12. "nome do médico/enfermeira/local" saberia de alguma forma se você tivesse problemas em obter ou pagar por medicamentos que você precisa?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D13. "nome do médico/enfermeira/local" sabe a respeito de todos medicamentos que você está tomando?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D14. Você poderia mudar do "nome do médico/enfermeira/local" para outro, se quisesse?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D15. Você mudaria do "nome do médico/enfermeira/local" para outro serviço de saúde se isto fosse muito fácil de fazer?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

					Identificação □□□□
E.COORDENAÇÃO					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
E1. No "nome do médico/enfermeira/local" você recebe os resultados dos seus exames de laboratório?	4 □	3 □	2 □	1 □	9 □
E2. Você já foi consultar qualquer tipo de especialista ou serviço especializado no período em que você está em acompanhamento no "nome do médico/enfermeira/local"?					
<input type="checkbox"/> Sim					
<input type="checkbox"/> Não (Pule para a pergunta F1)					
<input type="checkbox"/> Não tem certeza/não lembra (Pule para a pergunta F1)					
E3. Quando foi a última vez que consultou um especialista ou serviço especializado?	□□ / □□□□ m m a a a a				
E4. Essa consulta se deveu a um problema persistente de saúde ou um problema que já dura mais de um ano?			Sim □	Não □	
E5. Você já consultou com este especialista ou serviço especializado antes desta última consulta?			Sim □	Não □	
(As perguntas a seguir estão relacionadas à resposta da questão E3)	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
E6. O "nome do médico/enfermeira/local" sugeriu que você fosse consultar com este especialista ou serviço especializado?	4 □	3 □	2 □	1 □	9 □
E7. O "nome do médico/enfermeira/local" sabe que você fez essas consultas com este especialista ou serviço especializado?	4 □	3 □	2 □	1 □	9 □
E8. O "nome do médico/enfermeira/local" discutiu com você diferentes serviços onde você poderia ser atendido para este problema de saúde?	4 □	3 □	2 □	1 □	9 □
E9. O "nome do médico/enfermeira/local" ou alguém que trabalha no/com "nome do médico/enfermeira/local" ajudou-o a marcar esta consulta?	4 □	3 □	2 □	1 □	9 □

0012296415

					Identificação □□□□
(As perguntas a seguir estão relacionadas à resposta da questão E3)	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
E10. O "nome do médico/enfermeira/local" escreveu alguma informação para o especialista a respeito do motivo desta consulta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E11. O "nome do médico/enfermeira/local" sabe quais foram os resultados desta consulta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E12. Depois que você foi a este especialista ou ao serviço especializado, o "nome do médico/enfermeira/local" conversou com você sobre o que aconteceu durante esta consulta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E13. O "nome do médico/enfermeira/local" pareceu interessado na qualidade do cuidado que lhe foi dado, isto é, lhe perguntou se você foi bem ou mal atendido por este especialista ou serviço especializado?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>F.COORDENAÇÃO (SISTEMAS DE INFORMAÇÕES)</b>					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
F1. Quando você vai ao "nome do médico/enfermeira/local", você leva algum de seus registros médicos ou boletins de atendimento que recebeu no passado? (exemplificar se a pessoa não entender "registro": fichas de atendimento de emergências, notas de alta hospitalar, carteira de vacinação)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F2. Você poderia ler (consultar) o seu prontuário/ficha se quisesse no "nome do médico/enfermeira/local" ?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F3. Quando você vai ao "nome do médico/enfermeira/local", seu prontuário/ficha está sempre disponível na consulta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
3403296412					

Identificação					
G. INTEGRALIDADE (SERVIÇOS DISPONÍVEIS)					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
<p>A seguir, apresentamos uma lista de serviços que você ou sua família ou as pessoas que utilizam este serviço podem necessitar em algum momento. Para cada um destes serviços, por favor, indique se no "nome do médico/enfermeira/local" está disponível: (repetir esta frase a cada 3- 4 itens)</p>					
G1. Respostas a perguntas sobre nutrição ou dieta	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
G2. Verificar se sua família pode participar de algum programa de assistência social ou benefícios sociais	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
G3. Programa de suplementação de leite e alimentos	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
G4. Vacinas (imunizações)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
G5. Exame dentário	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
G6. Tratamento dentário	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
G7. Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
G8. Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas, ex.: álcool, cocaína, remédios para dormir)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
G9. Aconselhamento para problemas de saúde mental (problemas dos nervos)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
G10. Sutura para um corte que necessite de pontos	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
G11. Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
G12. Identificação (algum tipo de avaliação) de problemas auditivos (para escutar)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
G13. Identificação (algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
G14. Colocação de tala para tornozelo torcido	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

4888296410

					Identificação
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
<p>A seguir, apresentamos uma lista de serviços que você ou sua família ou as pessoas que utilizam este serviço podem necessitar em algum momento. Para cada um destes serviços, por favor, indique se no "nome do médico/enfermeira/local" está disponível: (repetir esta frase a cada 3- 4 itens)</p>					
G15. Remoção de verrugas	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
G16. Exame preventivo para câncer de colo de útero (Teste de Papanicolaou)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
G17. Aconselhamento sobre como parar de fumar	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
G18. Cuidados pré-natais	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
G19. Remoção de unha encravada	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
G20. Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex: diminuição da memória, risco de cair)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
G21. Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da sua família como curativos, troca de sondas, banho na cama	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
G22. O que fazer caso alguém de sua família fique incapacitado e não possa tomar decisões sobre a sua saúde. (ex: doação de órgãos caso alguém de sua família fique incapacitado para decidir, por exemplo, em estado de coma)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

					Identificação □□□□	
H. INTEGRALIDADE (SERVIÇOS PRESTADOS)						
As próximas perguntas tratam de diferentes orientações/conselhos em saúde que podem ser recebidos às vezes. Por favor, indique a melhor opção.						
	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro	
Em consultas ao "nome do médico/enfermeira/local", algum dos seguintes assuntos já foram ou são discutidos (conversados) com você? (repetir esta frase a cada 3- 4 itens)						
H1.	Conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H2.	Segurança no lar, como guardar medicamentos em segurança	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H3.	Aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança ou assentos seguros para crianças ao andar de carro	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H4.	Maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir de vez em quando	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H5.	Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados para você	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H6.	Testes de sangue para verificar os níveis de colesterol	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H7.	Verificar e discutir os medicamentos que você está tomando	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H8.	Possíveis exposições a substâncias perigosas (ex: veneno para formiga/para rato, água sanitária), no seu lar, no trabalho, ou na sua vizinhança	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H9.	Perguntar se você tem uma arma de fogo e orientar como guardá-la	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H10.	Como prevenir queimaduras causadas por água quente	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H11.	Como prevenir quedas	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H12.	Só para mulheres: como prevenir osteoporose ou ossos frágeis	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H13.	Só para mulheres: o cuidado de problemas comuns da menstruação ou menopausa	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

0856296411

					Identificação □□□□
I. ENFOQUE NA FAMÍLIA					
As perguntas a seguir são sobre o relacionamento do seu "nome do médico/enfermeira/local" com a sua família. Por favor, indique a melhor opção.					
	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
11. O "nome do médico/enfermeira/local" lhe pergunta sobre suas idéias e opiniões (sobre o que você pensa) ao planejar o tratamento e cuidado para você ou para um membro da sua família.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
12. O "nome do médico/enfermeira/local" já lhe perguntou a respeito de doenças ou problemas comuns que podem ocorrer em sua família (câncer, alcoolismo, depressão, etc)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
13. O "nome do médico/enfermeira/local" se reuniria com membros de sua família se você achasse necessário?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
J. ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA					
Por favor, indique a melhor opção					
	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
J1. Alguém no "nome do médico/enfermeira/local" faz visitas domiciliares?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
J2. O "nome do médico/enfermeira/local" conhece os problemas de saúde importantes da sua vizinhança?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
J3. O "nome do médico/enfermeira/local" ouve opiniões e idéias da comunidade sobre como melhorar os serviços de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
					0993296413



J. ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA					Identificação 
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
A seguir são listadas formas de avaliar a qualidade de serviços de saúde. O "nome do médico/enfermeira/local" realiza alguma destas?					
J4. Faz pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
J5. Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
J6. Convida você e sua família para participar do Conselho Gestor Local de Saúde ou Conselho de Usuários?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
K. COMPETÊNCIA CULTURAL					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
K1. Você recomendaria o "nome do médico/enfermeira/local" para um amigo ou parente?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
K2. Para alguém que usa medicina popular (ervas ou remédios caseiros) ou tem crenças especiais sobre a saúde (homeopatia, benzedadeiras, religião) você recomendaria o "nome do médico/enfermeira/local"?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
M. AVALIAÇÃO DE SAÚDE					
Agora nós mediremos sua Pressão Arterial e faremos perguntas e medidas para avaliar a sua saúde e seu risco de adoecer? (Preencha com 00 em todos campos das medidas caso haja recusa do entrevistado a realizá-las)					
M1. Perímetro braquial: <input type="text"/> <input type="text"/> cm					
M2. Pressão arterial (1ª medida): <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mmHg					
(Medir perímetro braquial (PB)! Utilizar manguito obeso se PB $\geq$ 32cm)					
					2256296417

		Identificação																							
Por favor, marque uma resposta																									
M3.	Como você classificaria sua saúde bucal (saúde dos dentes e da boca)? (Ler as opções, utilizando o Cartão Resposta nº 2)																								
	<input type="checkbox"/> Muito Boa <input type="checkbox"/> Boa <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ruim <input type="checkbox"/> Muito Ruim																								
M4.	Quando foi a última vez que você foi ao dentista?																								
	<input type="checkbox"/> Nunca fui (Pule para M8) <input type="checkbox"/> Menos de 6 meses <input type="checkbox"/> Entre 6 meses e 1 ano <input type="checkbox"/> Entre 1-3 anos <input type="checkbox"/> Mais de 3 anos																								
M5.	Este último atendimento dentário foi realizado no "nome do médico/enfermeira/local"?																								
	<input type="checkbox"/> Sim (Pule para perg M7) <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei/ não lembro																								
M6.	Aonde foi realizado? (Não leia as alternativas, adapte os serviços citados aos tipos de serviços listados abaixo)																								
	<input type="checkbox"/> Unidade Sanitária <input type="checkbox"/> PSF (equipe de saúde bucal) <input type="checkbox"/> Unidade Murialdo <input type="checkbox"/> Unidade Hospital Conceição <input type="checkbox"/> Plano de saúde <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Entidade filantrópica (universidade, ABO, escolas de odontologia) <input type="checkbox"/> Outro	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																							
M7.	Como você classificaria este último atendimento com o dentista? (Ler as opções, utilizando o Cartão Resposta nº 2)																								
	<input type="checkbox"/> Muito Bom <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ruim <input type="checkbox"/> Muito Ruim <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro																								
M8.	Mudando de assunto, como você acredita ser o grau de bem-estar da sua família? (Ler as opções, utilizando o Cartão Resposta nº 2)																								
	<input type="checkbox"/> Muito Bom <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ruim <input type="checkbox"/> Muito Ruim																								
M9.	Comparado com alguém de sua idade e sexo, como você considera a sua saúde: (Ler as opções, utilizando o Cartão Resposta nº 2)																								
	<input type="checkbox"/> Muito Boa <input type="checkbox"/> Boa <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ruim <input type="checkbox"/> Muito Ruim																								
		5810296416																							

Identificação

□ □ □ □

M10. Você tem algum problema de saúde que tenha durado ou provavelmente vai durar mais do que um ano, tais como problema físico, mental ou emocional?

- Sim
- Não (Pule para a pergunta M12)
- Não sei/Não lembro (Pule para a pergunta M12)

M11. (Se M10=sim) Que problemas de saúde são estes?

Pressão alta (Hipertensão)	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Doença renal	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Diabetes	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Asma/Bronquite	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Cardiopatía isquêmica - angina	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Câncer	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Depressão	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Ansiedade	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Artrose/Artrite	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	HIV/Aids	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Derrame cerebral	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Dor nas costas	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Bronquite crônica/enfisema	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Insuficiência cardíaca	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

Outras doenças, qual(is):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

M12. Quantas vezes você consultou no/com ("nome do médico/enfermeira/local") nos últimos 12 meses?

Nº consultas nos últimos 12 meses

M13. Há quantas semanas foi sua última consulta no/com ("nome do médico/enfermeira/local")?

Nº de semanas   ,

M14. Qual foi o motivo desta consulta?

M15. Sobre este (cite o motivo da consulta), você acredita que hoje ele está: (Leia as alternativas)

- Resolvido
- Melhor
- Igual
- Pior
- NSA

Questionário satisfação última consulta		Identificação 
<p>Agora faremos perguntas relacionadas a esta última consulta realizada no "nome do médico/enfermeira/local" - o mesmo das perguntas anteriores. Para respondê-las use este cartão. Aponte para a "Carinha" que melhor expressa sua OPINIÃO sobre os seguintes itens.</p> <p>(Use o Cartão Resposta nº 3, utilizando a letra correspondente. Entre parênteses estão frases para facilitar o entendimento do entrevistado)</p>		
M16.	Qual sua opinião sobre a facilidade de acesso a esta consulta (foi fácil marcar ou conseguir esta consulta)?	
	" Carinha" <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E	
M17.	Qual sua opinião sobre o tempo dispendido na sala de espera (o que você achou do tempo que teve de esperar para consultar)?	
	" Carinha" <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E	
M18.	Qual sua opinião sobre a cordialidade por parte da recepção (o pessoal da recepção foi cordial, educado, simpático)?	
	" Carinha" <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E	
M19.	Qual sua opinião sobre a cordialidade do profissional que lhe atendeu (o médico/enfermeira foi cordial, educado(a), simpático(a))?	
	" Carinha" <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E	
M20.	Qual sua opinião sobre a atenção dada as suas queixas pelo profissional que lhe atendeu (o médico/enfermeira ouviu com atenção o motivo da consulta, suas queixas)?	
	" Carinha" <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E	
M21.	Qual sua opinião sobre o exame clínico (qual sua opinião sobre o jeito como o médico/enfermeira lhe examinou)?	
	" Carinha" <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E	
M22.	Qual sua opinião sobre a confiança despertada pelo médico/enfermeira (você confiou no médico/enfermeira)?	
	" Carinha" <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E	
M23.	Qual sua opinião sobre a confiança na receita (você confiou na receita dada pelo médico/enfermeira)?	
	" Carinha" <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E	
M24.	Qual sua opinião sobre as explicações do médico/enfermeira com respeito a sua doença (as explicações sobre o motivo da consulta, sobre seu problema, que o médico/enfermeira lhe deu na consulta)?	
	" Carinha" <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E	
M25.	Qual sua opinião sobre as explicações quanto ao prognóstico (explicações do médico/enfermeira sobre a duração, a evolução e as conseqüências do seu problema/doença)?	
	" Carinha" <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E	
M26.	Você ficou satisfeito com o agendamento (com a forma de marcação desta consulta)?	
	" Carinha" <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E	
M27.	Qual sua avaliação geral desta consulta (opinião geral sobre a consulta como um todo)?	
	" Carinha" <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E	
		9910296411

Identificação

--	--	--	--

M28. Qual a sua principal sugestão para melhorar o atendimento que recebeu nesta consulta? (Anotar a resposta usando as palavras do entrevistado)


### Hábitos de Vida

Agora vamos falar sobre hábitos de vida. O 1º assunto será exercício, atividade física.

Pense nas "atividades físicas vigorosas" que você realizou nos últimos 7 dias por pelo menos 10 minutos seguidos em casa e/ou no trabalho. A "atividade física vigorosa" faz você suar bastante ou aumenta muito a sua respiração ou seus batimentos cardíacos, exemplo: carregar pesos excessivos, cavar ou correr. (Marque 00 se não realizou)

M29. Durante os últimos 7 dias, em quantos dias você realizou "atividades físicas vigorosas"?   Nº de dias

Se não realizou atividade física vigorosa, pule para a pergunta M31.

M30. Quanto tempo você gastou realizando "atividades físicas vigorosas" em um destes dias?

Minutos por dia

Pense nas "atividades físicas moderadas" que você realizou nos últimos 7 dias por pelo menos 10 minutos seguidos em casa e/ou no trabalho. A "atividade física moderada" faz você respirar um pouco mais rápido do que o normal e pode incluir atividades como carregar pesos leves, andar de bicicleta sem correr, fazer serviços domésticos leves como varrer, podar e subir escadas. **NÃO INCLUIR CAMINHAR.** (Marque 00 se não realizou)

M31. Durante os últimos 7 dias, em quantos dias você realizou "atividades físicas moderadas"?   Nº de dias

Se não realizou atividade física moderada, pule para a pergunta M33.

M32. Quanto tempo você gastou realizando "atividades físicas moderadas" em um destes dias?

Minutos por dia

M33. Durante os últimos 7 dias quantos você caminhou por pelo menos 10 minutos?   Nº de dias

Se não caminhou em nenhum dia, pule para pergunta M35.

M34. Quanto tempo você gastou caminhando em um destes dias?

Minutos por dia

Pense no tempo que você gasta sentado nos dias úteis da semana nos últimos 7 dias. Isto inclui o tempo dedicado ao trabalho, em casa, na escola e durante o tempo livre. Pode incluir o tempo que usou fazendo visitas, lendo, andando de ônibus, vendo televisão, também quando ficou deitado acordado.

M35. Durante os últimos 7 dias quanto tempo passou em média sentado em um típico dia útil?

Minutos por dia

M36. Você fuma cigarros atualmente ou já fumou no passado?

Sim, fumo atualmente

Parei de fumar (Pule para a pergunta M39)

Não, nunca fumei (Pule para a pergunta M43)

M37. Há quanto tempo você fuma?   ,   anos

M38. Quantos cigarros você fuma por dia em média?   cigarros (Pule para a pergunta M42)

8890296417

Identificação  
[ ][ ][ ][ ][ ]

M28. Qual a sua principal sugestão para melhorar o atendimento que recebeu nesta consulta? (Anote a resposta usando as palavras do entrevistado)

[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

**Habitos de Vida**

---

Agora vamos falar sobre hábitos de vida. O 1º assunto será exercício, atividade física.

Pense nas "atividades físicas vigorosas" que você realizou nos últimos 7 dias por pelo menos 10 minutos seguidos em casa e/ou no trabalho. A "atividade física vigorosa" faz você suar bastante ou aumenta muito a sua respiração ou seus batimentos cardíacos, exemplo: carregar pesos excessivos, cavar ou correr. (Marque 00 se não realizou)

---

M29. Durante os últimos 7 dias, em quantos dias você realizou "atividades físicas vigorosas"? [ ][ ] Nº de dias  
 Se não realizou atividade física vigorosa, pule para a pergunta M31.

M30. Quanto tempo você gastou realizando "atividades físicas vigorosas" em um destes dias? [ ][ ][ ] Minutos por dia

---

Pense nas "atividades físicas moderadas" que você realizou nos últimos 7 dias por pelo menos 10 minutos seguidos em casa e/ou no trabalho. A "atividade física moderada" faz você respirar um pouco mais rápido do que o normal e pode incluir atividades como carregar pesos leves, andar de bicicleta sem correr, fazer serviços domésticos leves como varrer, podar e subir escadas. NÃO INCLUIR CAMINHAR. (Marque 00 se não realizou)

---

M31. Durante os últimos 7 dias, em quantos dias você realizou "atividades físicas moderadas"? [ ][ ] Nº de dias  
 Se não realizou atividade física moderada, pule para a pergunta M33.

M32. Quanto tempo você gastou realizando "atividades físicas moderadas" em um destes dias? [ ][ ][ ] Minutos por dia

---

M33. Durante os últimos 7 dias quantos você caminhou por pelo menos 10 minutos? [ ][ ] Nº de dias  
 Se não caminhou em nenhum dia, pule para pergunta M35.

M34. Quanto tempo você gastou caminhando em um destes dias? [ ][ ][ ] Minutos por dia

---

Pense no tempo que você gasta sentado nos dias úteis da semana nos últimos 7 dias. Isto inclui o tempo dedicado ao trabalho, em casa, na escola e durante o tempo livre. Pode incluir o tempo que usou fazendo visitas, lendo, andando de ônibus, vendo televisão, também quando ficou deitado acordado.

---

M35. Durante os últimos 7 dias quanto tempo passou em média sentado em um típico dia útil? [ ][ ][ ] Minutos por dia

---

M36. Você fuma cigarros atualmente ou já fumou no passado?  
 Sim, fumo atualmente  
 Parei de fumar (Pule para a pergunta M39)  
 Não, nunca fumei (Pule para a pergunta M43)

---

M37. Há quanto tempo você fuma? [ ][ ], [ ][ ] anos

M38. Quantos cigarros você fuma por dia em média? [ ][ ] cigarros (Pule para a pergunta M42)

8890296417

Identificação	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Agora vamos falar sobre orientações de saúde que você recebeu no "nome do médico/enfermeira/local" nos últimos 12 meses	
M51. Nos últimos 12 meses, você teve sua pressão arterial medida no "nome do médico/enfermeira/local" ?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei/Não lembro
M52. No "nome do médico/enfermeira/local" você recebeu nos últimos 12 meses orientações para a prática de atividade física (exercícios)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei/Não lembro
M53. No "nome do médico/enfermeira/local" você recebeu nos últimos 12 meses orientações sobre alimentação saudável, como comer pouca gordura, comer mais alimentos com fibras e comer alimentos com menor quantidade de sal?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei/Não lembro
M54. No "nome do médico/enfermeira/local" você recebeu nos últimos 12 meses orientações sobre higiene bucal (forma correta escovar os dentes, uso de fio dental) ?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei/Não lembro
M55. No "nome do médico/enfermeira/local" você recebeu nos últimos 12 meses vacina contra gripe (contra influenza) ?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei/Não lembro
M56. No "nome do médico/enfermeira/local" você recebeu alguma vez nos últimos 5 anos vacina contra pneumococo, um tipo de bactéria que provoca pneumonia?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei/Não lembro
Agora vamos falar sobre doenças que você possa ter	
<b>DIABETES</b>	
M57. Algum médico já lhe disse que você tem diabetes?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Sim, mas apenas durante a gestação (para mulheres) (Pule para a pergunta M75) <input type="checkbox"/> Não (Pule para a pergunta M75) <input type="checkbox"/> Não sei (Pule para a pergunta M75)
M58. Há quanto tempo você sabe ter diabetes? <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> anos	
M59. Nos últimos 12 meses, quantas vezes você consultou com "nome do médico/enfermeira/local" devido ao diabetes? <input type="text"/> <input type="text"/> nº de consultas	
M60. Há quantas semanas foi sua última consulta com "nome do médico/enfermeira/local" devido ao diabetes? <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> Semanas	
M61. Esta consulta foi agendada? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei	
M62. Você faz dieta para tratar o diabetes?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (Pule para a pergunta M64) <input type="checkbox"/> Não sei (Pule para a pergunta M64)
8721296410	

Identificação																													
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																												
M63. Esta dieta foi orientada/prescrita no "nome do médico/enfermeira/local"?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei																												
M64. Você precisa usar remédios ou insulina para tratar o diabetes?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei																												
M65. Nos últimos 12 meses, quantas vezes você fez um exame chamado hemoglobina glicada ou hemoglobina glicosilada (explique se necessário: hemoglobina glicada é um exame que mede como estava a média do açúcar no sangue nos últimos meses)?	<input type="text"/> <input type="text"/> nº de vezes que fez HbG (marque 00 caso não tenha feito nenhuma vez)																												
M66. Nos últimos 12 meses, em alguma consulta no "nome do médico/enfermeira/local" fizeram um exame nos seus pés para verificar feridas ou testar a sua sensibilidade?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei																												
M67. No "nome do médico/enfermeira/local" você recebeu nos últimos 12 meses orientações sobre cuidados que deve ter com seus pés, exemplo olhar os pés regularmente, evitar cortar calos e/ou usar sapatos que não machuquem?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei/Não lembro																												
M68. Você realiza estes cuidados nos seus pés, por exemplo, você examina para ver se tem alguma ferida nos pés ou evita cortar calos ou procura usar sapatos que não machuquem?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei/Não lembro																												
M69. Nos últimos 12 meses, você já participou de algum grupo de diabéticos no "nome do médico/enfermeira/local" ?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei/Não lembro																												
M70. Nos últimos 12 meses, você foi encaminhado pelo "nome do médico/enfermeira/local" a consultar com oftalmologista e nesta consulta com o oftalmologista suas pupilas foram dilatadas (colocaram colírio que lhe perturbou a visão)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei/Não lembro																												
M71. Nos últimos 12 meses, você foi encaminhado pelo "nome do médico/enfermeira/local" e conseguiu consultar com dentista para revisar a presença de doenças nos dentes ou na gengiva?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei/Não lembro																												
M72. Algum médico já lhe disse se você teve ou tem alguma destas complicações decorrentes do seu diabetes?																													
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;">Mal funcionamento dos rins</td> <td style="width: 10%; text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Sim</td> <td style="width: 10%; text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Não</td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 50%; padding: 2px;">Infarto agudo do miocárdio</td> <td style="width: 10%; text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Sim</td> <td style="width: 10%; text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Não</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Diminuição e/ou perda de visão, além daquela que vem com a idade</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Sim</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Não</td> <td></td> <td style="padding: 2px;">Derrame cerebral</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Sim</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Não</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Amputação de membros ou de parte de um membro</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Sim</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Não</td> <td></td> <td style="padding: 2px;">Coma diabético</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Sim</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Não</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="padding: 2px;">Hipoglicemia (açúcar baixo demais no sangue)</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Sim</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Não</td> </tr> </table>	Mal funcionamento dos rins	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não		Infarto agudo do miocárdio	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Diminuição e/ou perda de visão, além daquela que vem com a idade	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não		Derrame cerebral	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Amputação de membros ou de parte de um membro	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não		Coma diabético	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não					Hipoglicemia (açúcar baixo demais no sangue)	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Mal funcionamento dos rins	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não		Infarto agudo do miocárdio	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não																							
Diminuição e/ou perda de visão, além daquela que vem com a idade	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não		Derrame cerebral	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não																							
Amputação de membros ou de parte de um membro	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não		Coma diabético	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não																							
				Hipoglicemia (açúcar baixo demais no sangue)	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não																							
M73. Durante sua vida, você teve alguma internação por diabetes?																													
<input type="checkbox"/> Sim, quantas vezes? <input type="text"/> <input type="text"/> nº de internações por diabetes <input type="checkbox"/> Não (Pule para a pergunta M75)																													
M74. Alguma destas internações por diabetes aconteceu desde que você está consultando no "nome do médico/enfermeira/local"?																													
<input type="checkbox"/> Sim, quantas vezes? <input type="text"/> <input type="text"/> nº de internações por diabetes desde que está consultando neste serviço <input type="checkbox"/> Não																													
3139296418																													



HIPERTENSÃO		Identificação												
M75. Algum médico já lhe disse que você tem pressão alta (hipertensão)?														
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Sim,mas apenas durante a gestação (para mulheres) (Pule para a pergunta M85) <input type="checkbox"/> Não (Pule para a pergunta M85) <input type="checkbox"/> Não sei (Pule para a pergunta M85)														
M76. Há quanto tempo você sabe ter pressão alta (hipertensão)?     ,   anos														
M77. Nos últimos 12 meses, quantas vezes você consultou no "nome do médico/enfermeira/local" devido à pressão alta (hipertensão)?     nº de consultas														
M78. Há quantas semanas foi sua última consulta no "nome do médico/enfermeira/local" devido à pressão alta (hipertensão)?     ,   Semanas														
M79. Esta consulta foi agendada? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei														
M80. Você precisa usar remédios para tratar a pressão alta (hipertensão)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei														
M81. Nos últimos 12 meses, você já participou de algum grupo de hipertensos no "nome do médico/enfermeira/local"? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei														
M82. Algum médico já lhe disse se você tem ou teve alguma destas complicações decorrentes da sua pressão alta (hipertensão)?														
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td style="width: 50%;">Mal funcionamento dos rins</td> <td><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> <td style="width: 50%;">Derrame cerebral</td> <td><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> </tr> <tr> <td>Infarto agudo do miocárdio</td> <td><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> <td>Crise Hipertensiva</td> <td><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> </tr> <tr> <td>Insuficiência cardíaca(coração fraco ou grande)</td> <td><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			Mal funcionamento dos rins	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Derrame cerebral	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Infarto agudo do miocárdio	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Crise Hipertensiva	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Insuficiência cardíaca(coração fraco ou grande)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Mal funcionamento dos rins	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Derrame cerebral	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não											
Infarto agudo do miocárdio	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Crise Hipertensiva	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não											
Insuficiência cardíaca(coração fraco ou grande)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não													
M83. Durante sua vida, você teve alguma internação por pressão alta (hipertensão)?														
<input type="checkbox"/> Sim, quantas vezes?     nº de internações por pressão alta (hipertensão) <input type="checkbox"/> Não (Pule para a pergunta M85)														
M84. Alguma destas internações por pressão alta (hipertensão) aconteceu desde que você está consultando no "nome do médico/enfermeira/local"?														
<input type="checkbox"/> Sim, quantas vezes?     nº de internações por hipertensão desde que está consultando neste serviço <input type="checkbox"/> Não														
		0924296417												

		Identificação
<b>INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO</b>		
M85.	Você já teve infarto do miocárdio (infarto do coração)?	
	<input type="checkbox"/> Sim	
	<input type="checkbox"/> Não (Pule para a pergunta M92)	
	<input type="checkbox"/> Não sei (Pule para a pergunta M92)	
M86.	Quantas vezes você já teve infarto do miocárdio (infarto do coração)?	infartos
M87.	Que idade você tinha quando infartou pela 1ª vez?	anos
M88.	Você usa remédios atualmente para prevenir ou tratar um infarto do miocárdio (infarto do coração)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
M89.	Nos últimos 12 meses, você já participou de algum grupo de pessoas com problemas no coração no "nome do médico/enfermeira/local"?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
M90.	Você já internou alguma vez devido a infarto do miocárdio (infarto do coração) desde que está consultando no "nome do médico/enfermeira/local"?	
	<input type="checkbox"/> Sim, quantas vezes?     nº de internações por infarto desde que está consultando neste serviço	
	<input type="checkbox"/> Não	
M91.	Antes do infarto agudo do miocárdio, algum médico já tinha lhe dito que você tinha angina (cardiopatia isquêmica ou "isquemia do coração" ou "ameaça de infarto")?	
	<input type="checkbox"/> Sim	
	<input type="checkbox"/> Não (Pule para a pergunta M101)	
	<input type="checkbox"/> Não sei (Pule para a pergunta M101)	
<b>ANGINA - CARDIOPATIA ISQUÊMICA</b>		
M92.	Algum médico já lhe disse que você tem angina (cardiopatia isquemia ou "isquemia do coração" ou "ameaça de infarto")?	
	<input type="checkbox"/> Sim	
	<input type="checkbox"/> Não (Pule para a pergunta M101)	
	<input type="checkbox"/> Não sei (Pule para a pergunta M101)	
M93.	Há quanto tempo você sabe ter angina (cardiopatia isquemia ou "isquemia do coração" ou "ameaça de infarto")?	,   anos
M94.	Nos últimos 12 meses, quantas vezes você consultou no "nome do médico/enfermeira/local" devido à angina (cardiopatia isquemia ou "isquemia do coração" ou "ameaça de infarto")?	nº de consultas
M95.	Há quantas semanas foi sua última consulta no "nome do médico/enfermeira/local" devido à angina (cardiopatia isquemia ou "isquemia do coração" ou "ameaça de infarto")?	,   Semanas
M96.	Esta consulta foi agendada?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei/Não lembro
		0519296417

		Identificação
M97.	Você precisa usar remédios para tratar a angina (cardiopatia isquemia ou "isquemia do coração" ou "ameaça de infarto")?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
M98.	Nos últimos 12 meses, você já participou de algum grupo de pessoas com problemas no coração "nome do médico/enfermeira/local"?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
M99.	Durante sua vida, você teve alguma internação por angina (cardiopatia isquemia ou "isquemia do coração" ou "ameaça de infarto")?	<input type="checkbox"/> Sim, quantas vezes? <input type="text"/> <input type="text"/> nº de internações por angina <input type="checkbox"/> Não (Pule para a pergunta M101)
M100.	Alguma destas internações por angina (cardiopatia isquemia ou "isquemia do coração" ou "ameaça de infarto") aconteceu desde que você está consultando no "nome do médico/enfermeira/local"?	<input type="checkbox"/> Sim, quantas vezes? <input type="text"/> <input type="text"/> nº de internações por diabetes desde que está consultando neste serviço <input type="checkbox"/> Não
<p>Estas perguntas (M101-M107) são para os entrevistados identificados como DIABÉTICOS E/OU COMO HIPERTENSOS E/OU INFARTADOS E/OU COM ANGINA (infartados previamente ou portadores de cardiopatia isquêmica).</p> <p>Caso seu entrevistado não tenha declarado nenhuma dessas 4 condições, pule para a pergunta M108.</p>		
M101.	Nesta última consulta que você realizou devido ao DIABETES e/ou PRESSÃO ALTA e/ou CARDIOPATIA/INFARTO, você teve sua pressão arterial medida?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
M102.	Nesta última consulta que você realizou devido ao DIABETES e/ou PRESSÃO ALTA e/ou CARDIOPATIA/INFARTO, você teve seu peso medido?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
M103.	Nesta última consulta que você realizou devido ao DIABETES e/ou PRESSÃO ALTA e/ou CARDIOPATIA/INFARTO, você teve sua cintura medida?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
M104.	Nas consultas que você realizou no "nome do médico/enfermeira/local" você já teve sua altura medida alguma vez?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
M105.	Nos últimos 12 meses, foi solicitado no "nome do médico/enfermeira/local" e você fez um exame de urina para avaliar o funcionamento dos rins?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
M106.	Nos últimos 12 meses, você já teve seu colesterol medido através de exames de sangue solicitados no "nome do médico/enfermeira/local"?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
M107.	Nos últimos 12 meses, você fez eletrocardiograma de repouso solicitado no "nome do médico/enfermeira/local"?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
		3397296414

Identificação																																					
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																				
<p>Agora vamos falar sobre medicamentos</p>																																					
<p>M108. Você precisa usar algum remédio todos os dias por orientação médica sem ter uma data para parar?</p> <p> <input type="checkbox"/> Sim  <input type="checkbox"/> Não (Pule para a pergunta M110)  <input type="checkbox"/> Não sei (Pule para a pergunta M110)         </p>																																					
<p>M109. Qual(is) o(s) nome(s) deste remédios? Posso ver a receita ou a embalagem? (Escreva abaixo)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>																																					
<p><b>SÓ PARA MESTRANDOS POSTERIORMENTE MARACAREM AS CLASSES DE MEDICAMENTOS EM USO</b></p>																																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Insulina</td><td><input type="checkbox"/> Sim</td><td><input type="checkbox"/> Não</td></tr> <tr><td>Metformina</td><td><input type="checkbox"/> Sim</td><td><input type="checkbox"/> Não</td></tr> <tr><td>B-Bloqueador</td><td><input type="checkbox"/> Sim</td><td><input type="checkbox"/> Não</td></tr> <tr><td>Glibenclamida</td><td><input type="checkbox"/> Sim</td><td><input type="checkbox"/> Não</td></tr> <tr><td>Clorpropramida</td><td><input type="checkbox"/> Sim</td><td><input type="checkbox"/> Não</td></tr> <tr><td>Bloq. Canal Cálcio</td><td><input type="checkbox"/> Sim</td><td><input type="checkbox"/> Não</td></tr> </table>	Insulina	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Metformina	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	B-Bloqueador	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Glibenclamida	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Clorpropramida	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Bloq. Canal Cálcio	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Tiazídicos</td><td><input type="checkbox"/> Sim</td><td><input type="checkbox"/> Não</td></tr> <tr><td>AAS ( aspirina)</td><td><input type="checkbox"/> Sim</td><td><input type="checkbox"/> Não</td></tr> <tr><td>Inibidor da ECA</td><td><input type="checkbox"/> Sim</td><td><input type="checkbox"/> Não</td></tr> <tr><td>Estatina</td><td><input type="checkbox"/> Sim</td><td><input type="checkbox"/> Não</td></tr> <tr><td>Outros, qual( is)?</td><td colspan="2"> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </td></tr> <tr><td></td><td colspan="2"> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </td></tr> </table>	Tiazídicos	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	AAS ( aspirina)	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Inibidor da ECA	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Estatina	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Outros, qual( is)?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Insulina	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não																																			
Metformina	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não																																			
B-Bloqueador	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não																																			
Glibenclamida	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não																																			
Clorpropramida	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não																																			
Bloq. Canal Cálcio	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não																																			
Tiazídicos	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não																																			
AAS ( aspirina)	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não																																			
Inibidor da ECA	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não																																			
Estatina	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não																																			
Outros, qual( is)?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																																				
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																																				
<p>M110. Algum médico já lhe disse que você tem contra-indicação ao uso de algum medicamento?</p> <p> <input type="checkbox"/> Sim  <input type="checkbox"/> Não (Pule para a pergunta N1)  <input type="checkbox"/> Não sei (Pule para a pergunta N1)         </p>																																					
<p>M111. Se sim, a qual medicamento você tem contra-indicação?(Escreva abaixo)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>																																					
<p><b>SÓ PARA MESTRANDOS POSTERIORMENTE MARACAREM AS CLASSES DE MEDICAMENTOS EM USO</b></p>																																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Insulina</td><td><input type="checkbox"/> Sim</td><td><input type="checkbox"/> Não</td></tr> <tr><td>Metformina</td><td><input type="checkbox"/> Sim</td><td><input type="checkbox"/> Não</td></tr> <tr><td>B-Bloqueador</td><td><input type="checkbox"/> Sim</td><td><input type="checkbox"/> Não</td></tr> <tr><td>Glibenclamida</td><td><input type="checkbox"/> Sim</td><td><input type="checkbox"/> Não</td></tr> <tr><td>Clorpropramida</td><td><input type="checkbox"/> Sim</td><td><input type="checkbox"/> Não</td></tr> <tr><td>Bloq. Canal Cálcio</td><td><input type="checkbox"/> Sim</td><td><input type="checkbox"/> Não</td></tr> </table>	Insulina	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Metformina	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	B-Bloqueador	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Glibenclamida	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Clorpropramida	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Bloq. Canal Cálcio	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Tiazídicos</td><td><input type="checkbox"/> Sim</td><td><input type="checkbox"/> Não</td></tr> <tr><td>AAS ( aspirina)</td><td><input type="checkbox"/> Sim</td><td><input type="checkbox"/> Não</td></tr> <tr><td>Inibidor da Eca</td><td><input type="checkbox"/> Sim</td><td><input type="checkbox"/> Não</td></tr> <tr><td>Estatinas</td><td><input type="checkbox"/> Sim</td><td><input type="checkbox"/> Não</td></tr> <tr><td>Outros, qual( is)?</td><td colspan="2"> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </td></tr> <tr><td></td><td colspan="2"> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </td></tr> </table>	Tiazídicos	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	AAS ( aspirina)	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Inibidor da Eca	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Estatinas	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Outros, qual( is)?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Insulina	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não																																			
Metformina	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não																																			
B-Bloqueador	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não																																			
Glibenclamida	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não																																			
Clorpropramida	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não																																			
Bloq. Canal Cálcio	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não																																			
Tiazídicos	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não																																			
AAS ( aspirina)	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não																																			
Inibidor da Eca	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não																																			
Estatinas	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não																																			
Outros, qual( is)?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																																				
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																																				
<p>1407296414</p>																																					

Identificação
[ ][ ][ ][ ][ ]
Agora vamos falar sobre a história de doenças na sua família
N1. Você tem algum familiar de 1º grau (mãe, pai ou irmão/irmã) que tenha diabetes?
<input type="checkbox"/> Sim
<input type="checkbox"/> Não (Pule para a pergunta N3)
<input type="checkbox"/> Não sei/Não lembro (Pule para a pergunta N3)
N2. Se sim, qual familiar teve ou tem diabetes? (Leia as alternativas, ignore outros familiares à exceção dos listados)
<input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Irmão/Irmã
N3. Você tem algum familiar de 1º grau (mãe, pai ou irmão/irmã) que tenha pressão alta (hipertensão)?
<input type="checkbox"/> Sim
<input type="checkbox"/> Não (Pule para a pergunta N5)
<input type="checkbox"/> Não sei/Não lembro (Pule para a pergunta N5)
N4. Se sim, qual familiar teve ou tem pressão alta (hipertensão)? (Leia as alternativas, ignore outros familiares à exceção dos listados)
<input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Irmão/Irmã
N5. Você tem algum familiar de 1º grau (mãe, pai ou irmão/irmã) que tenha cardiopatia isquêmica (angina do coração)?
<input type="checkbox"/> Sim
<input type="checkbox"/> Não (Pule para a pergunta N7)
<input type="checkbox"/> Não sei/Não lembro (Pule para a pergunta N7)
N6. Se sim, qual familiar teve ou tem cardiopatia isquêmica (angina do coração)? (Leia as alternativas, ignore outros familiares à exceção dos listados)
<input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Irmão/Irmã
N7. Você tem algum familiar de 1º grau (mãe, pai ou irmão/irmã) que já tenha tido infarto do coração (infarto do miocárdio)?
<input type="checkbox"/> Sim
<input type="checkbox"/> Não (Pule para a pergunta O1)
<input type="checkbox"/> Não sei/Não lembro (Pule para a pergunta O1)
N8. Se sim, qual familiar já teve infarto do coração (infarto do miocárdio)? (Leia as alternativas, ignore outros familiares à exceção dos listados)
<input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Irmão/Irmã
6786296419

Identificação □□□□	
Agora vamos falar sobre internações hospitalares	
<p>Q1. Durante os últimos 12 meses, você foi alguma vez internado no hospital por uma noite ou mais?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não (Pule para a pergunta P1)</p>	
<p>Q2. Qual foi o motivo desta internação hospitalar? (solicitar para ver Nota de Alta)</p> <p>Motivo internação (relatado): □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□</p> <p>Motivo internação (Nota de Alta): □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□</p>	
Agora vamos fazer mais algumas medidas	
<p>(Preencha com 00 em todos campos das medidas caso haja recusa do entrevistado a realizá-las) (Não esqueça a medida do perímetro braquial (PB) realizada antes! Utilizar manguito maior se PB &gt; 32cm.)</p>	
<p>P1. PA (2ª medida): □□□□ □□□□ mmHg</p> <p style="margin-left: 40px;">1ª medida                          2ª medida</p>	
<p>P2. Peso □□□□, □ kg      Peso □□□□, □ kg</p> <p>P3. Altura □□□□ cm      Altura □□□□ cm</p> <p>P4. Circ. abdominal □□□□ cm      Circ.abdominal □□□□ cm</p> <p>P5. Quadril □□□□ cm      Quadril □□□□ cm</p>	
<p>3ª medida, caso medidas difiram em:</p> <p>(&gt;1kg) Peso □□□□, □ kg</p> <p>(&gt;2 cm) Altura □□□□ cm</p> <p>(&gt;1 cm) Circ.abdominal □□□□ cm</p> <p>(&gt;1 cm) Quadril □□□□ cm</p>	
<b>CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS/SOCIOECONÔMICAS</b>	
Agora vamos falar sobre sua casa e sobre características de sua família.	
<p>Q1. Até que ano você completou na escola ou faculdade?</p> <p>□□ número de anos completados com aprovação (marque 00 caso o entrevistado não saiba ler, nem escrever. Some os anos da escola aos anos de faculdade, se necessário)</p>	
<p>Q2. Você é a pessoa que tem a maior renda individual deste domicílio?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim (Pule para a pergunta Q4)</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p>	
<p>Q3. Qual é a sua relação com a pessoa que tem a maior renda individual (chefe da família) neste domicílio? (Leia as opções)</p> <p><input type="checkbox"/> Cônjuge/companheiro(a)                          <input type="checkbox"/> Pai, mãe, sogro(a)</p> <p><input type="checkbox"/> Filho(a)/Enteado(a)                                  <input type="checkbox"/> Irmão(a)</p> <p><input type="checkbox"/> Neto(a)    <input type="checkbox"/> Outra □□□□□□□□□□□□□□</p>	
<p>Q4. E o chefe da família (identifique-o), a pessoa que tem a maior renda, até que série completou na escola/universidade (anos aprovados)?</p> <p>□□ número de anos completados com aprovação (marque 00 caso o entrevistado não saiba ler, nem escrever. Some os anos da escola aos anos de faculdade, se necessário)</p>	
<p>Q5. Quantas pessoas moram na casa?      □□ Nº de pessoas</p>	
<p>Q6. Sua casa tem água encanada? (Leia as opções)</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, dentro da casa      <input type="checkbox"/> Sim, fora da casa      <input type="checkbox"/> Não</p>	
8452296411	